



Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Relatório de Estágio em Nutrição em Pediatria

Filipa Martins Tereso Borges da Silva

Estágio de Natureza Profissional

Mestrado em Nutrição Clínica

Lisboa, 2013



Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina
Instituto Politécnico de Lisboa
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Relatório de Estágio em Nutrição em Pediatria

Filipa Martins Tereso Borges da Silva

Estágio de Natureza Profissional

Orientadores: Prof^a Doutora Ana Isabel Gouveia Costa de Fonseca
Lopes

Dra Patrícia Almeida Nunes

Mestrado em Nutrição Clínica

Lisboa, 2013

Agradecimentos

Agradeço à Prof. Doutora Ana Isabel Lopes e à Dra Patrícia Almeida Nunes, minhas orientadoras de estágio, por me proporcionarem a oportunidade de realização deste estágio em Nutrição em Pediatria, contribuindo para o meu crescimento pessoal e académico.

Agradeço à Prof. Doutora Maria do Céu Machado, diretora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, onde realizei parte do meu estágio e onde realizei o meu projeto de investigação.

Agradeço à Prof. Doutora Helena Cortez-Pinto e ao Prof. Lino Mendes por todo o apoio ao longo deste Mestrado em Nutrição Clínica. Agradeço também a todos os professores que me transmitiram os seus conhecimentos durante o 1º ano curricular deste mestrado.

À Dra Inês Asseiceira, à Dra. Sandra Mexia, à Dra. Sara Policarpo e à Dra. Zélia Santos que me acompanharam ao longo deste estágio, agradeço pela inspiração, motivação, paciência e por todo o apoio prestado.

Por último, não podia deixar de agradecer a toda a minha família e amigos, por me ajudarem a superar todas as dificuldades ao longo deste período académico e por me apoiarem incondicionalmente.

Resumo

Introdução e Enquadramento Científico: O presente relatório tem como finalidade descrever as atividades desenvolvidas e fazer uma apreciação crítica do estágio académico na área da Nutrição Pediátrica, realizado no Hospital de Santa Maria – CHLN, no Departamento de Pediatria e no Serviço de Dietética e Nutrição, no âmbito do 2º ano do mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, no ano letivo de 2012/2013. Uma nutrição adequada na infância pode ajudar a reduzir o risco de desenvolver doenças crónicas. A doença celíaca e a obesidade são das doenças crónicas mais comuns em crianças.

Descrição das atividades desenvolvidas e competências adquiridas: Observação e atuação no apoio Nutricional e Dietético nas consultas de Dietética e Nutrição de Pediatria de Doença Celíaca, Obesidade, Obstipação, Pediatria Geral e Fibrose Quística, e no internamento nas Unidades Pediátricas de Gastrenterologia e de Doenças Infecciosas, desenvolvendo e adquirindo competências, ao nível das diferentes patologias em pediatria, num contexto de nutrição clínica; da identificação do risco nutricional, avaliação do estado nutricional e intervenção nutricional; e da área da investigação clínica em nutrição, entre outras.

Apreciação crítica do estágio e conclusão: A realização deste estágio permitiu adquirir uma perspectiva global sobre o papel e componentes da avaliação e intervenção dietética, em contexto hospitalar, em idade pediátrica, sendo o balanço do estágio muito positivo e enriquecedor tanto a nível pessoal como a nível académico.

Palavras-chave: Nutrição Clínica; Pediatria; Medicina Hospitalar

Abstract

Introduction and Scientific Background: This report aims to describe the activities and make a critical appreciation of the academic internship in the field of pediatric nutrition, performed in Hospital de Santa Maria, in the Department of Pediatrics and in the Service of Dietetics and Nutrition, within the 2nd year of Master in Clinical Nutrition, of the Medical School, University of Lisbon, in partnership with the School of Health Technology of Lisbon , in the academic year of 2012/2013. Proper nutrition in childhood can help reduce the risk of developing chronic diseases. Celiac disease and obesity are the most common chronic diseases in children.

Description of activities and acquired skills: Observation and performance in Nutritional and Dietetics support in the appointments of Dietetics and Nutrition of Pediatrics in Celiac Disease, Obesity, Constipation, General Pediatrics and Cystic Fibrosis, and in the hospitalization in the Units of Pediatrics of Gastroenterology and Infectious Diseases, developing and acquiring skills at the level of different pathologies in children, in the context of clinical nutrition; of identification of nutritional risk, nutritional status and nutritional intervention; and of the area of clinical research in nutrition, among others.

Critical appreciation of the internship and conclusion: The accomplishment of this internship allowed the acquisition of a global perspective on the role and components of dietary assessment and intervention in the hospital context , in children, being the balance of the internship very positive and enriching both personally and academically.

Key-words: Clinical Nutrition; Pediatrics; Hospital Medicine

Índice Geral

1.	Introdução	1
1.1	Caracterização do local de estágio: Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte	2
1.1.1	Departamento de Pediatria	2
1.1.2	Serviço de Dietética e Nutrição	3
1.2	Caracterização e objetivos do estágio	4
2.	Enquadramento científico do estágio	7
2.1	Doença Celíaca	7
2.2	Obesidade	8
2.3	Obstipação	9
2.4	Fibrose Quística	10
3.	Descrição das atividades desenvolvidas	15
3.1	Consultas Externas de Pediatria de Dietética e Nutrição	15
3.1.1	Consulta de Doença Celíaca	17
3.1.2	Consulta de Obesidade	18
3.1.3	Consulta de Obstipação	20
3.1.4	Consulta de Fibrose Quística	21
3.1.5	Consulta de Pediatria Geral	23
3.2	Unidades Pediátricas de Gastreenterologia e de Doenças Infecciosas	24
3.2.1	Casuística do estágio na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica	26
3.2.2	Casuística do estágio na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica	27
3.3	Outras atividades desenvolvidas	29
3.3.1	Sessões Clínicas do Serviço de Dietética e Nutrição	29
3.3.2	Sessões Clínicas do Departamento de Pediatria	29
3.3.3	Reunião multidisciplinar da Unidade de Gastreenterologia Pediátrica	29
3.3.4	Copa de leites	30
3.3.5	I Simpósio sobre Alimentação e Nutrição dos 0 aos 18	30
4.	Competências Adquiridas	31
5.	Análise e apreciação crítica do estágio	33
6.	Conclusão	37
7.	Referências Bibliográficas	39
8.	Apêndices	43

8.1 Apêndice A: Trabalho de investigação “Avaliação da Ingestão alimentar nas crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria” 43

Índice de tabelas

Tabela 1.2.1 : Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio	4
Tabela 3.1.1: Casuística do estágio nas Consultas Externas de Pediatria	16
Tabela 3.1.1.1: Casuística do estágio na Consulta de Doença Celíaca	18
Tabela 3.1.2.1: Casuística do estágio na Consulta de Obesidade	20
Tabela 3.1.3.1: Casuística do estágio na Consulta de Obstipação	21
Tabela 3.1.4.1: Casuística do estágio na Consulta de Fibrose Quística	22
Tabela 3.1.5.1: Casuística do estágio na Consulta de Pediatria Geral.....	24
Tabela 3.2.1: Casuística do estágio nas Unidades Pediátricas	25
Tabela 3.2.1.1: Casuística do estágio na Unidade de Gastrenterologia Pediátrica	27
Tabela 3.2.2.1: Casuística do estágio na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica	28

Índice de figuras

Figura 3.1.5.1: Diagnósticos observados na Consulta de Pediatria Geral	23
Figura 3.2.1.1: Diagnósticos observados na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica .	26
Figura 3.2.2.1: Diagnósticos observados na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica	28

Lista de abreviaturas

SDN – Serviço de Dietética e Nutrição

HSM – Hospital de Santa Maria

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

HPV – Hospital Pulido Valente

HLA - Antígeno Humano Leucocitário

CFTR - Regulador da Condução Transmembranar da Fibrose Quística

FEV₁ . Volume expiratório forçado previsto em 1 segundo

AGPI n-3 - Ácidos Gordos Polinsaturados n-3

DHA - Ácido Docosaexaenoico

IMC – Índice de Massa Corporal

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

OMS – Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

No âmbito do 2º ano do mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, no ano letivo de 2012/2013, escolhi realizar um estágio académico na área da Nutrição Pediátrica, selecionando o Departamento de Pediatria e o Serviço de Dietética e Nutrição (SDN) do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (HSM - CHLN), sob a orientação da Prof. Doutora Ana Isabel Lopes e da Dra Patrícia Almeida Nunes.

Assim, a realização deste estágio académico teve como objetivo principal potenciar conhecimentos adquiridos no 1º ano do Mestrado em Nutrição Clínica e adquirir uma perspetiva global sobre o papel e componentes da avaliação e intervenção dietética em idade pediátrica, em contexto hospitalar, adquirindo conhecimentos e competências.

Deste modo, a elaboração deste relatório de estágio tem como finalidade caracterizar e descrever as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas ao longo do mesmo, bem como fazer uma análise crítica do estágio.

Assim, este relatório encontra-se estruturado em 8 capítulos, em que o 1º capítulo começa com uma introdução, caracterizando o local de estágio e o estágio em si, bem como os objetivos do mesmo; de seguida, no 2º capítulo é feito um enquadramento científico do estágio; no 3º capítulo são descritas todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio; no 4º capítulo são descritas as competências adquiridas ao longo do estágio; no 5º capítulo é feita uma análise crítica do estágio, no 6º capítulo é feita uma conclusão, o 7º capítulo é composto pelas referências bibliográficas, e por fim, o último capítulo contém em apêndice o trabalho de investigação realizado no âmbito deste estágio.

1.1 Caracterização do local de estágio: Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte

O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) é constituído por dois estabelecimentos universitários de referência do sistema nacional de saúde português, o Hospital de Santa Maria (HSM) e o Hospital Pulido Valente (HPV). Tem como missão a prestação de cuidados de saúde, a formação pré-graduada, pós graduada e continuada, a inovação e a investigação. Através desta missão, o CHLN cumpre os objetivos de uma grande unidade do sistema público, com vista à garantia da equidade e universalidade do acesso, da assistência eficaz e eficiente e da promoção da qualidade e da excelência, conduzindo à satisfação dos doentes e dos profissionais. O CHLN abrange a população da área metropolitana de Lisboa e garante referência diferenciada em múltiplas áreas clínicas, no âmbito nacional e internacional.

O HSM foi inaugurado em 1953, tendo sido aberto ao público e iniciado a sua atividade no ano seguinte. Acompanhou os desenvolvimentos científicos e técnicos e as modificações políticas, económicas, sociais e demográficas ocorridas durante a segunda metade do século XX. Sofreu muitas adaptações de estrutura e organização, tendo havido um aumento crescente dos níveis de subespecialização. Ao longo da sua atividade consolidou-se como:

- Uma unidade assistencial central e de referência, vocacionada para a diferenciação técnica;
- Um grande centro de ensino, desempenhando o papel de unidade base para o ensino clínico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa onde se diferenciam milhares de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, dietistas, técnicos de saúde, entre outros;
- O maior centro de investigação clínica a nível nacional. (1)

1.1.1 Departamento de Pediatria

O Departamento de Pediatria do HSM-CHLN, sob a direção da Prof. Doutora M^a do Céu Machado, presta cuidados de saúde a crianças e adolescentes dos 0 aos 18

anos. Tem como missão liderar estratégias de melhoria dos cuidados de saúde à criança e adolescentes, através da prestação de cuidados complexos e especializados, de tecnologia sofisticada, da maximização das competências dos profissionais, do estímulo do trabalho em equipa, da articulação com todas as especialidades médicas e cirúrgicas, da formação pré-graduada, pós-graduada e continuada, da prática de investigação básica e clínica, da divulgação do conhecimento e da experiência, da integração em cuidados de saúde pediátricos acessíveis, compreensivos e sustentáveis, e do debate ético.

O Departamento de Pediatria do HSM-CHLN integra 4 serviços (Pediatria Médica, Neonatologia, Cirurgia Pediátrica e Genética), 2 unidades autónomas (Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência), 4 áreas funcionais comuns (Consulta externa, Hospital de Dia, Unidade de Técnicas e Urgência Pediátrica), 4 núcleos (Formação e Biblioteca, Investigação, Unidade móvel de Apoio Domiciliário e Apoio à Criança em Risco e à Família), 3 áreas de intervenção (Educação – pré escolar e escolar, Voluntariado e Património e Cultura) e outros apoios como o Serviço Social e o Serviço de Dietética e Nutrição. (2)

1.1.2 Serviço de Dietética e Nutrição

O Serviço de Dietética e Nutrição (SDN) do Hospital de Santa Maria, sob a coordenação da Dra Patrícia Almeida Nunes, é um serviço de prestação de cuidados de saúde que intervém na área da Dietética.

É da competência do SDN a avaliação e educação nutricional no internamento e na consulta externa, o controlo de qualidade e vigilância da segurança alimentar do CHLN e a aquisição, sempre que necessário, de alimentos e suplementos nutricionais e dietéticos.

Atualmente, o SDN é composto por 21 dietistas e dispõe de um gabinete onde se encontram os dietistas e o secretariado, uma sala de reuniões e um laboratório de Dietética e Nutrição.

Com o objetivo de diminuir a desnutrição hospitalar e as suas consequências, o SDN propôs-se a participar, em representação do HSM-CHLN, no projeto “Nutrition Day in European Hospitals”.

Para além disso, tem vindo a desenvolver outras atividades educativas junto da comunidade, como a realização de um rastreio gratuito no âmbito do dia mundial da alimentação, para que todos os utentes e colaboradores do HSM pudessem beneficiar de um aconselhamento nutricional personalizado, sensibilizando para as questões relacionadas com o risco metabólico e os hábitos alimentares. (3)

1.2 Caracterização e objetivos do estágio

Este estágio que realizei no HSM – CHLN, no Departamento de Pediatria e no Serviço de Dietética e Nutrição, SDN decorreu entre 3 de Dezembro de 2012 e 1 de Abril de 2013, e entre 4 de Junho e 6 de Junho de 2013, com uma carga horária total de 525 horas, divididas por 15 semanas, em 35h por semana. (Tabela 1.2.1 : Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio).

Tabela 1.2.1 : Cronograma das atividades desenvolvidas durante o estágio

Atividades	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Planificação do estágio com elaboração do projeto de intenção de estágio					
Estágio em Nutrição Pediátrica no Departamento de Pediatria e no SDN do HSM-CHLN					

Atividades	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Edição do relatório de estágio								
Projeto de investigação								

As orientadoras do estágio foram a Prof^a Doutora Ana Isabel Lopes, doutorada em Medicina (Pediatria) pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e coordenadora da Unidade de Gastrenterologia Pediátrica, da Unidade de Técnicas de

Pediatria e do Núcleo de Investigação do Departamento de Pediatria do HSM-CHLN; e a Dra. Patrícia Almeida Nunes, licenciada em Dietética pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, mestre em Gestão de Saúde pela Universidade de Évora, pós-Graduada em Comportamento alimentar e doenças metabólicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e coordenadora do Serviço de Dietética e Nutrição do HSM-CHLN.

Os objetivos gerais definidos para este estágio foram os seguintes:

- Potenciar conhecimentos adquiridos no 1º ano do Mestrado em Nutrição Clínica;
- Adquirir uma perspetiva global sobre o papel e componentes da avaliação e intervenção dietética em idade pediátrica, em contexto hospitalar, adquirindo conhecimentos e competências;
- Enriquecer o conhecimento clínico e científico, bem como a linguagem técnica e científica e ainda aperfeiçoar a capacidade de exposição oral e argumentação.

Os objetivos específicos definidos para este estágio foram os seguintes:

- Conhecer e compreender a organização e funcionamento do Departamento de Pediatria e do Serviço de Dietética e Nutrição do Hospital de Santa Maria;
- Desenvolver a capacidade de trabalho e integração ativa numa equipa multidisciplinar na Unidade de Gastrenterologia e na Unidade de Doenças Infecciosas;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades e competências no âmbito da doença celíaca, da obesidade, da obstipação, da fibrose quística e das doenças gastroenterológicas e infecciosas em pediatria, num contexto de nutrição clínica;
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver capacidades e competências no âmbito da identificação do risco nutricional, incluindo a aplicação de um formulário de identificação de risco, da avaliação do estado nutricional por antropometria e bioimpedância, da intervenção nutricional para calcular, planificar e elaborar planos dietéticos, e da monitorização da resposta à intervenção nutricional na criança;

- Compreender as dietas específicas das várias patologias gastroenterológicas das crianças internadas na Unidade de Gastroenterologia;
- Adquirir competências na área da investigação clínica em nutrição, através da realização de um trabalho clínico sobre a avaliação da ingestão alimentar nas crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

2. Enquadramento científico do estágio

2.1 Doença Celíaca

A doença celíaca é uma doença multisistémica imuno-mediada, causada por uma intolerância permanente ao glúten (uma mistura de proteínas presentes no trigo, na cevada e no centeio), em indivíduos geneticamente predispostos. (4)

A doença celíaca apresenta uma forte predisposição genética que está associada principalmente com o antígeno humano leucocitário HLA-DQ2 e HLA-DQ8. (4)

A doença celíaca é uma das doenças crónicas mais comuns em crianças, devido à sua elevada prevalência. (5) Num estudo realizado na Finlândia em crianças em idade escolar, a prevalência de doença celíaca foi estimada em pelo menos 1 caso em cada 99 crianças. (6) Num estudo realizado em Portugal em 2002, a prevalência de doença celíaca encontrada na população portuguesa, em adolescentes entre os 13 e os 14 anos, foi de 1:134. (7)

Manifestações clínicas

Crianças com doença celíaca apresentam frequentemente sintomas gastrointestinais, incluindo diarreia crónica e distensão abdominal. No entanto, quase 50% dos pacientes com doença celíaca recentemente diagnosticados apresentam sintomas extraintestinais, incluindo atraso no crescimento e anemia crónica. (4)

Grupos de risco:

- Familiares de 1º grau com doença celíaca;
- Patologia auto-imune (Ex: Diabetes Mellitus Tipo 1);
- Síndrome de Down;
- Síndrome de Turner. (4)

Tratamento

O único tratamento conhecido para a doença celíaca consiste numa dieta isenta em glúten para toda a vida. A dieta isenta em glúten requer a eliminação do trigo, do

centeio e da cevada. A aveia inclui-se habitualmente neste grupo de cereais excluídos (trigo, cevada e centeio) apesar de não conter glúten, devido à elevada incidência de contaminação no processo de industrialização com glúten proveniente dos outros cereais. A evicção do glúten associa-se à remissão da sintomatologia, à negatividade dos marcadores serológicos e à normalização da mucosa intestinal.(4)

Complicações

A não adesão a uma dieta isenta em gluten pode ter várias complicações a curto prazo, como atraso estaturo-ponderal e quadro de mal absorção intestinal. A adesão a uma dieta isenta em glúten é ainda essencial para prevenir complicações que ocorrem mais tardiamente na vida, tal como linfoma intestinal e outras doenças autoimunes. (4) (5)

Comentários finais

A doença celíaca é uma das doenças crónicas mais comuns em crianças, causada por uma intolerância permanente ao glúten em indivíduos geneticamente predispostos. O único tratamento conhecido para a doença celíaca consiste numa dieta isenta em glúten para toda a vida, cuja não adesão pode ter várias complicações.

2.2 Obesidade

Uma nutrição adequada na infância e na adolescência fornece os nutrientes que promovem o crescimento e desenvolvimento adequados, sendo uma garantia para a saúde e bem-estar da criança, adolescente e futuro adulto, uma vez que pode ajudar a reduzir o risco de desenvolver obesidade e outras doenças crónicas. (8) (9)

As consequências da obesidade infantil e na adolescência incluem diabetes tipo 2, aumento da incidência de síndrome metabólico na juventude e na idade adulta e obesidade na idade adulta.(10) (11) Estas alterações estão associadas com doenças cardiovasculares e com diversos cancros na idade adulta.(11)

Na última década a prevalência da obesidade infantil tem aumentado em quase todos os continentes.(12) Em Portugal, num estudo realizado com crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos, entre 1970 e 2002, a prevalência de excesso

de peso foi de 31,5%. (13) Esta elevada prevalência justifica a classificação da OMS da obesidade como uma epidemia global e um grave problema de saúde pública.(14)

Deste modo, torna-se essencial um acompanhamento e uma intervenção precoces das crianças com obesidade, para minimizar e prevenir complicações sérias, e ainda uma educação alimentar continuada das crianças e das suas famílias pelos dietistas/nutricionistas. (11)

Comentários finais

A obesidade infantil é classificada como um grave problema de saúde pública e a sua prevalência tem aumentado na última década. Torna-se assim essencial um acompanhamento e intervenção precoce das crianças com obesidade para minimizar e prevenir complicações sérias.

2.3 Obstipação

A obstipação, definida como um atraso ou dificuldade em defecar presente durante 2 ou mais semanas, é um problema pediátrico comum. (15) No entanto, apenas uma pequena minoria das crianças têm uma causa orgânica para a obstipação. (16)

A obstipação funcional, isto é, a obstipação sem evidencia de uma condição patológica, é causada por evacuações dolorosas com retenção voluntária das fezes por uma criança que quer evitar a defecção dolorosa. Esta defecção dolorosa pode ser causada por alterações na rotina ou na dieta, eventos stressantes, adiamento da defecção porque a criança está muito ocupada, entre outros. Vários dias sem evacuar pode resultar em irritabilidade, distensão abdominal e diminuição da ingestão oral da criança. (16)

Como parte de uma avaliação completa da criança com obstipação é recomendado a recolha da história completa - que inclui o tempo após o nascimento da primeira evacuação, o que a família ou a criança querem dizer quando usam o termo “obstipação”, o período de tempo em que esta condição está presente, a frequência das evacuações, consistência e tamanho das fezes, se a defecção é dolorosa e/ou com sangue e se a criança sente dor abdominal – e a realização do exame físico completo. (16)

Os fármacos são uma causa potencial importante de obstipação. Para além disso, febre, distensão abdominal, anorexia, náuseas, vômitos, perda de peso ou pouco ganho de peso podem ser sinais de uma condição patológica como causa da obstipação. (16)

Recomendações Nutricionais

Apesar de não existirem dados suficientes que suportem a recomendação do aumento do consumo de fibra de modo a melhorar a obstipação, geralmente é recomendado o consumo de uma dieta equilibrada que inclua cereais integrais, frutas e vegetais, como parte do tratamento para a obstipação. (15) (16)

Existem no entanto dados que suportam a recomendação de uma dieta sem leite de vaca, na criança com obstipação, durante um tempo limitado, tendo sido publicados 4 estudos sobre a relação entre o leite de vaca e a obstipação. (17) (18) (19) (20) Dois deles mostraram que um subgrupo de crianças com obstipação melhoraram com uma dieta sem leite de vaca, e tiveram uma recaída quando voltaram a consumir leite de vaca. (17) (18) Outro estudo sugeriu que a obstipação poderia ser uma reação clínica tardia ao leite de vaca em crianças com intolerância ao leite de vaca. (19) Por último, outro estudo descobriu que a obstipação e as fissuras anais são mais frequentes em crianças que consomem grandes quantidades de leite de vaca. (20) Deste modo, em crianças que não respondem ao tratamento médico convencional pode ser considerada uma dieta sem leite de vaca, por um tempo limitado de estudo.

Comentários finais

A obstipação é um problema pediátrico comum e apesar de não existir evidência científica suficiente, geralmente é recomendado o consumo de uma dieta equilibrada que inclua cereais integrais, frutas e vegetais, como parte do tratamento para a obstipação.

2.4 Fibrose Quística

A Fibrose Quística é uma doença genética crónica multissistémica, com uma elevada morbilidade e morte precoce, causada por mutações no gene que codifica a Proteína Reguladora da Condução Transmembranar da Fibrose Quística (CFTR), afetando a

quantidade de proteína que atinge a superfície da célula ou afetando a função da proteína na superfície da célula. (21) (22)

A proteína CFTR é um canal iónico epitelial que contribui para a regulação da absorção e secreção de cloreto de sódio e água em vários tecidos, incluindo o pulmão, glândulas sudoríparas, pâncreas e trato gastrointestinal. (22)

A incidência da Fibrose Quística em Portugal foi demonstrada como sendo 1:6000. (23)

O risco de desnutrição é um dos problemas principais que pode aparecer em doentes com Fibrose Quística. A desnutrição resulta de uma discrepância entre as necessidades energéticas e de micronutrientes e a sua ingestão, uma vez que há aumento do gasto metabólico, défice de ingestão e aumento das perdas devido a malabsorção. (24)

Características Clínicas

Diversas características clínicas podem ser observadas em doentes diagnosticados com Fibrose Quística, tais como:

- Doença pulmonar crónica manifestada por infeção persistente por patogénicos típicos da fibrose quística, tal como *Staphylococcus aureus*, tosse crónica e produção de expetoração;
- Insuficiência pancreática;
- Falha no crescimento, complicações secundárias a deficiência de vitaminas lipossolúveis;
- Síndrome da perda de sal, depleção aguda de sal. (25)

Plano Nutricional

Para o tratamento efetivo de doentes com Fibrose Quística é essencial uma otimização do estado nutricional. De acordo com o Relatório de Registo de Doentes de 2005 da Cystic Fibrosis Foundation 23% das crianças e jovens encontravam-se abaixo do P10 do peso para a idade e género. (24)

De acordo com a Cystic Fibrosis Foundation é recomendado que:

- Para crianças entre 2 a 20 anos de idade o consumo de energia deve ser superior ao recomendado para a população geral para favorecer um ganho de peso a um ritmo apropriado à idade. Uma melhoria do estado do peso foi encontrado para consumos que variam de 110% a 200% das necessidades energéticas para a população saudável da mesma idade e género. Para alcançar a ingestão energética de 110% a 200% das necessidades para a população saudável, recomenda-se para as crianças e adolescentes com fibrose quística, com défice no crescimento:

- Uso de suplementos nutricionais orais ou entéricos juntamente com nutrição per os para melhorar o ganho de peso;
- Tratamento intensivo com intervenção comportamental juntamente com acompanhamento nutricional para promover um ganho de peso, em crianças entre 1 a 12 anos de idade. No entanto, para crianças com idade igual ou superior a 13 anos não existe evidência suficiente para fazer uma recomendação em relação a este aspeto.

- Para crianças entre 2 a 20 anos de idade, valores normais de peso e estatura para a idade devem ser mantidos, uma vez que um estado normal do crescimento mostrou estar associado com uma melhor função pulmonar como indicado pela percentagem de volume expiratório forçado previsto em 1 segundo (FEV_1) e com sobrevivência;

- Para crianças e jovens entre 2 a 20 anos de idade a avaliação do peso para a estatura deve ser feita através do percentil do IMC, o qual deve ser mantido no P50 ou acima. Em crianças diagnosticadas antes dos 2 anos de idade, deve ser alcançado até aos 2 anos, o P50 ou acima para o peso para a estatura. (26)

Suplementação de Micronutrientes e de ácidos gordos polinsaturados n-3 (AGPI n-3)

Várias crianças recém diagnosticadas com Fibrose Quística têm baixos níveis de uma ou mais vitaminas lipossolúveis. Deste modo, é recomendado para crianças com menos de 2 anos de idade, logo após o diagnóstico, a suplementação multivitamínica para fornecer pelo menos os níveis recomendados de vitaminas A, D, E e K. (26)

Crianças com Fibrose Quística perdem elevadas quantidades de sódio pelo suor. Devido ao aumento das perdas epiteliais de sódio, crianças com fibrose quística encontram-se em risco de hiponatremia, desidratação hipoclorémica com alcalose metabólica, a qual pode ser assintomática ou pode ser caracterizada por anorexia, falha no crescimento, febre, vômitos, irritabilidade e fraqueza. Para crianças com

menos de 2 anos é recomendado que seja feita a suplementação com 1/8 de colher de chá de sal iniciando-se na altura do diagnóstico, aumentando para ¼ de colher de chá de sal por dia aos 6 meses de idade. Pode ainda ser necessário sódio adicional em crianças expostas a temperaturas ambientais elevadas ou com vômitos e/ou diarreia. (26)

Apesar de ter sido proposto que a suplementação com ácido deicosaenoico (DHA) poderia diminuir a inflamação na fibrose quística, não existe evidência suficiente para recomendar o uso rotineiro destes suplementos. (26)

Comentários finais

A fibrose quística é uma doença que apresenta uma elevada morbilidade e morte precoce, sendo que o risco de desnutrição é um dos problemas principais que pode aparecer em doentes com fibrose quística. Para crianças diagnosticadas com fibrose quística é recomendado um consumo de energia superior ao recomendado para a população geral para favorecer um ganho de peso e uma melhoria do estado nutricional.

3. Descrição das atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas durante o estágio no Hospital de Santa Maria, foram, entre outras, no geral, observar e atuar no apoio Nutricional e Dietético nas consultas externas de Dietética e Nutrição de Pediatria de Doença Celíaca, de Obesidade, de Obstipação, de Pediatria Geral e de Fibrose Quística, e no internamento na Unidade de Gastrenterologia e na Unidade de Doenças Infecciosas do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. De seguida, encontram-se discriminadas ao pormenor estas atividades desenvolvidas no âmbito deste apoio Nutricional e Dietético.

3.1 Consultas Externas de Pediatria de Dietética e Nutrição

As consultas externas de Dietética e Nutrição em Pediatria são realizadas nos pavilhões da Consulta Externa de Pediatria, sendo as crianças referenciadas de todas as idades, dos 0 aos 18 anos, a pedido dos médicos de várias especialidades deste hospital ou de outros hospitais e por vezes a pedido dos pais ou da própria criança ou adolescente.

Numa primeira consulta é recolhida toda a história clínica relevante de forma cuidadosa e pormenorizada, incluindo informação médica passada e presente (Ex: doença aguda ou crónica, internamentos, operações, padrão de crescimento, história de desenvolvimento da função motora oral, e sintomas gastrointestinais como vômitos, diarreia, refluxo gastro-esofágico e obstipação), sintomas relevantes, testes de diagnóstico, terapias anteriores ou atuais e medicação anterior e atual.

Em ambos os tipos de consulta, isto é, numa primeira consulta e numa consulta de seguimento é feito o exame físico por antropometria e por bioimpedância elétrica (este último apenas se a criança doente tiver 6 anos ou mais) e é recolhida toda a história dietética, através do re-call 24h, de modo a perceber a quantidade e qualidade dos alimentos consumida ao longo do dia, o número de refeições realizadas ao longo do dia, os snacks, bebidas e suplementos dietéticos consumidos ao longo do dia e é ainda questionado à criança/ adolescente e/ou ao seu tutor se existem alergias ou intolerâncias alimentares, comportamentos alimentares não usuais e considerações

religiosas. Depois de se perceber como é a alimentação de cada criança ou adolescente é elaborado juntamente com o doente um plano nutricional adequado àquele doente, que seja possível de ser cumprido pelo mesmo.

Durante as consultas é também dada oportunidade à criança doente ou aos seus acompanhantes para colocarem dúvidas, questões e falar abertamente sobre o que os traz à consulta e preocupações que tenham.

O tempo de realização da consulta depende do tipo de doente e do tipo de consulta, isto é, se é uma primeira consulta ou uma consulta de seguimento.

Dependendo de cada situação é marcada uma nova consulta ajustando-se sempre a data à disponibilidade do doente e do seu acompanhante.

Casuística do estágio nas Consultas Externas de Pediatria

Ao longo deste 3 meses e meio de estágio observei um total de 114 consultas externas de Dietética e Nutrição em Pediatria e realizei 1 consulta de Dietética e Nutrição em Pediatria, com diagnóstico de obstipação, de forma tutelada, colhendo a história clínica (incluindo antecedentes pessoais e antecedentes familiares), realizando o exame físico por antropometria, colhendo a história dietética e realizando um plano alimentar.

No total dos 115 doentes que participaram nas consultas externas de pediatria de Dietética e Nutrição, 53,9% eram do sexo masculino e 46,1% do sexo feminino. A mediana de idades observadas foi 12 anos, sendo a idade mínima 7 meses e a idade máxima 18 anos. O peso médio observado foi 39,8kg e a altura média foi 139,2 cm, tal como se pode verificar pela Tabela 3.1.1: Casuística do estágio nas Consultas Externas de Pediatria.

Tabela 3.1.1: Casuística do estágio nas Consultas Externas de Pediatria

Consultas Externas (n=115)	
Género, n (%)	
Masculino	62 (53,9)
Feminino	53 (46,1)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	12 [0-18]
Peso (kg), média ± DP	39,8 ± 3
Altura (cm), média ± DP	139,2 ± 3,9

3.1.1 Consulta de Doença Celíaca

Durante o estágio no Hospital de Santa Maria tive a oportunidade de assistir às consultas de Dietética e Nutrição de Doença Celíaca realizadas pela Dietista Sandra Mexia. Estas consultas são realizadas às 6^o-feiras, das 9h às 13h. A esta consulta são referenciadas crianças e jovens com diagnóstico confirmado de doença celíaca. Os doentes vão primeiro à consulta do médico pediatra gastroenterologista e caso tenham dúvidas sobre a dieta isenta em glúten, ou não estejam a cumprir a mesma, são encaminhados para a consulta de Dietética e Nutrição.

Numa consulta de primeira vez de Doença celíaca é recolhida toda a história clínica relevante de forma cuidadosa e pormenorizada, incluindo a idade de introdução do glúten na dieta, a idade do aparecimento dos primeiros sintomas de doença celíaca e a idade do diagnóstico, os testes de diagnóstico que permitiram confirmar o diagnóstico de doença celíaca, os sintomas causados pela ingestão de glúten e o padrão de crescimento da criança ou adolescente. São ainda recolhidos os antecedentes familiares relevantes, como história de doença celíaca na família.

Numa consulta de primeira vez e também numa consulta de seguimento de Doença Celíaca é feito o exame físico por Antropometria, sendo a criança ou adolescente pesado e medido e calculado o seu IMC, de modo a avaliar a sua composição corporal, e é feito o re-call 24h de modo a perceber não só se o doente está a seguir uma dieta isenta em glúten, como também se está a consumir uma dieta equilibrada e variada, adaptada à sua idade. Para além da recolha de dados alimentares pelo re-call 24h, a intervenção nutricional na criança com doença celíaca é também feita através da identificação da adesão à dieta isenta em glúten no último mês e fatores que interferiram com a adesão à mesma e através da identificação do grau de conhecimento da dieta isenta em glúten, de modo a fornecer informação, bem como fontes de informação (tal como a Associação Portuguesa de Celíacos).

Deste modo, é feito um plano terapêutico para o doente, reforçando sempre a importância da adesão à dieta isenta em glúten, e fazendo o ensino ao doente e ao seu tutor da dieta isenta em glúten com os alimentos que contêm glúten, os alimentos que podem conter glúten e os alimentos sem glúten.

Casuística do estágio na Consulta de Doença Celíaca

Ao longo do período de estágio observei 17 consultas de Dietética e Nutrição de Doença Celíaca. A mediana de idades dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 10 anos, variando a idade entre os 2 anos e os 15 anos. O género mais frequente foi o sexo masculino, com uma percentagem de 52,9%, enquanto que 47,1% dos doentes era do sexo feminino. Observou-se que o peso médio dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 36,2 kg, variando entre 15,7 kg e 72,0 kg, e a altura média foi de 140,8 cm, com uma altura mínima de 93 cm e uma altura máxima de 177 cm, tal como se pode observar pela Tabela 3.1.1.1: Casuística do estágio na Consulta de Doença Celíaca.

Tabela 3.1.1.1: Casuística do estágio na Consulta de Doença Celíaca

Consultas	Doença Celíaca (n=17)
Género, n (%)	
Masculino	9 (52,9)
Feminino	8 (47,1)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	10 [2-15]
Peso (kg), média \pm DP	36,2 \pm 15,76
Altura (cm), média \pm DP	140,8 \pm 7,2

Para além disso, nestas consultas de Doença Celíaca, observou-se que um doente apresentava obesidade, uma vez que o seu IMC encontrava-se acima do P95, de acordo com as curvas de referência do Centers for Disease Control and Prevention - CDC, e outro doente apresentava baixo peso, visto que o seu IMC encontrava-se abaixo do P5.

3.1.2 Consulta de Obesidade

Durante o estágio no Hospital de Santa Maria tive também a oportunidade de assistir às consultas de Dietética e Nutrição de Obesidade realizadas pelas Dietistas Zélia Santos e Sara Policarpo. Inicialmente assisti às consultas de Obesidade dadas pela dietista Zélia Santos, mas uma vez que havia outra estagiária a assistir às mesmas consultas, passei a assistir às consultas de Obesidade dadas pela dietista Sara Policarpo. As consultas de Obesidade dadas pela dietista Zélia Santos realizam-se às sextas-feiras das 14h às 16h e as consultas desta especialidade dadas pela dietista Sara Policarpo realizam-se às segundas-feiras das 14h às 17h.

A consulta de Obesidade Pediátrica é uma consulta multidisciplinar, em que estão envolvidos vários profissionais de saúde: o médico, o dietista e o profissional do exercício físico. Deste modo, numa primeira vez, a criança ou adolescente é avaliado por estes vários profissionais de saúde e passa assim por estes três tipos de consultas (consulta médica, consulta de dietética e nutrição e consulta do exercício físico). Nas consultas de seguimento o doente é sempre avaliado pelo médico, mas é da sua escolha (ou do seu tutor) ser ou não avaliado novamente pelo dietista e pelo profissional do exercício físico.

Na consulta médica, é recolhida pelo médico toda a história clínica relevante e é feito o exame físico, de modo a avaliar a composição corporal, em que a criança é pesada e medida e são registados os valores antropométricos nas curvas de referência de modo a obter os percentis de comprimento, peso e IMC para a idade. Assim, na consulta de dietética e nutrição a dietista tem acesso a toda a história clínica já recolhida pelo médico, bem como aos valores do exame físico realizado pelo médico. Deste modo, na consulta de dietética e nutrição de Obesidade é feito o re-call 24h ao doente ou ao seu tutor, caso este não possa responder, de modo a perceber se o doente está a consumir uma dieta saudável, equilibrada e variada, adaptada à sua idade. É ainda perguntado ao doente ou ao seu tutor por snacks que este possa consumir entre as refeições; quantas vezes por semana come peixe, ovos, fast-food, bolachas, batatas de pacote, compotas, cereais, sumos e molhos; qual o tipo de confeção mais utilizado dos alimentos; se o doente costuma ir ao supermercado com os pais e que alimentos costuma pedir; e se o doente costuma petiscar enquanto vê televisão.

A recolha destes dados alimentares tem como objetivo ajustar a dieta tendo em conta as necessidades nutricionais para o sexo e idade da criança e corrigir maus hábitos alimentares. Assim, é feito um plano terapêutico para o doente com uma dieta hipocalórica, com o objetivo de este perder peso e consumir refeições variadas e equilibradas.

Numa consulta de seguimento é sempre avaliado o grau de adesão à dieta e fatores que interferiram com a adesão à mesma.

Casuística do estágio na Consulta de Obesidade

Ao longo de período de estágio observei 29 consulta de Dietética e Nutrição de Obesidade. A mediana de idades dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 13 anos, variando entre os 4 anos e os 18 anos. O género mais frequente foi o sexo

masculino, com uma percentagem de 58,6%, enquanto que 41,4% dos doentes era do sexo feminino, tal como se pode observar pela Tabela 3.1.2.1: Casuística do estágio na Consulta de Obesidade.

Tabela 3.1.2.1: Casuística do estágio na Consulta de Obesidade

Consulta de Obesidade (n=29)	
Género, n (%)	
Masculino	17 (58,6)
Feminino	12 (41,4)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	13 [4-18]

3.1.3 Consulta de Obstipação

Durante o estágio no Hospital de Santa Maria tive a oportunidade de assistir às consultas de Dietética e Nutrição de Obstipação realizadas pela Dietista Inês Asseiceira. Estas consultas são realizadas às 5^o-feiras, das 14h às 16h. A esta consulta são referenciadas crianças e jovens com diagnóstico de obstipação. Os doentes vão primeiro à consulta do médico pediatra gastroenterologista e numa primeira vez são encaminhados por este para a consulta de Dietética e Nutrição de Obstipação.

Assim, numa primeira vez, na consulta de Dietética e Nutrição de Obstipação é recolhida a história clínica completa, incluindo o tempo após o nascimento da primeira evacuação, o período de tempo em que esta condição está presente, a frequência das evacuações, se a criança sente dor abdominal, o padrão de crescimento da criança ou adolescente, e os antecedentes familiares relevantes, como história de obstipação na família.

Em ambos os tipos de consulta, isto é, numa primeira consulta e numa consulta de seguimento é feito a avaliação do estado nutricional por antropometria e por bioimpedância elétrica (este último apenas se a criança doente tiver 6 anos ou mais) e é recolhida toda a história dietética, através do re-call 24h.

Assim, é feito um plano personalizado para cada doente, aconselhando o doente a seguir uma dieta rica em fibra, e evitando certos alimentos obstipantes.

Casuística do estágio na Consulta de Obstipação

Ao longo de período de estágio observei 15 consultas de Dietética e Nutrição de Obstipação e realizei 1 consulta de forma tutelada desta especialidade. A mediana de idades dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 5 anos, variando entre 1 ano e os 16 anos. Tanto o género masculino, como o género feminino recorreram em igual percentagem a esta consulta (50%). O peso médio foi de 20,2 kg, com um mínimo de 7,90kg e um máximo de 58,50 kg. A altura média foi de 111,6 cm, com um mínimo de 86,7 cm e um máximo de 165,0 cm, tal como se pode observar pela Tabela 3.1.3.1: Casuística do estágio na Consulta de Obstipação.

Tabela 3.1.3.1: Casuística do estágio na Consulta de Obstipação

Consulta de Obstipação (n=16)	
Género, n (%)	
Masculino	8 (50)
Feminino	8 (50)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	5 [1-16]
Peso (kg), média ± DP	20,2 ± 5,10
Altura (cm), média ± DP	111,6 ± 10

Para além disso, pude observar que nestas consultas de Obstipação, um doente apresentava obesidade, uma vez que o seu IMC encontrava-se acima do P95, de acordo com as curvas de referência do CDC, e outro doente apresentava baixo peso, visto que o seu IMC encontrava-se abaixo do P3, de acordo com as novas curvas de referência da Organização Mundial de Saúde – OMS.

3.1.4 Consulta de Fibrose Quística

Durante o período de estágio no Hospital de Santa Maria tive a oportunidade de assistir às consultas de Dietética e Nutrição de Fibrose Quística realizadas pela Dietista Inês Asseiceira. Estas consultas são realizadas às 5^o-feiras, das 9h às 13h. A esta consulta são referenciadas crianças e jovens com diagnóstico de Fibrose Quística.

Os doentes vão primeiro à consulta do médico pediatra e caso não estejam a progredir de peso, tenham diminuído o peso, não estejam a cumprir a dieta ou tenham dúvidas em relação à mesma, são encaminhados para a consulta de Dietética e Nutrição.

Numa consulta de primeira vez de Fibrose Quística é recolhida toda a história clínica relevante de forma cuidadosa e pormenorizada.

Numa consulta de primeira vez e também numa consulta de seguimento de Fibrose Quística é feita a avaliação do Estado Nutricional da criança através de dados antropométricos, avaliando a composição corporal através da medição do peso e da altura e cálculo do IMC e interpretando os resultados em curvas de percentis, da medição da prega cutânea tricipital e da medição do perímetro braquial; e é feita Intervenção Nutricional da criança através da identificação da adesão à dieta no último mês e fatores que interferiram com a adesão à mesma, recolha de dados alimentares pelo Re-call 24h de modo a avaliar as quantidades nutricionais ingeridas e ajustar a dieta tendo em conta as necessidades nutricionais aumentadas devido a esta patologia; e informar sobre a dieta.

Sempre que necessário, são prescritos suplementos nutricionais orais hiperproteicos e hipercalóricos, de modo a fornecer um aporte calórico e proteico adequado à criança com fibrose quística, ou suplementos nutricionais modulares lipídicos de modo a satisfazer as necessidades nutricionais da criança com mal absorção lipídica (devido a insuficiência pancreática).

Casuística do estágio na Consulta de Fibrose Quística

Ao longo de período de estágio observei 18 consultas de Dietética e Nutrição de Fibrose Quística. A mediana de idades dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 8 anos, variando entre os 7 meses de idade e os 16 anos. Verificou-se que 77,8% eram do sexo masculino e 22,2% do sexo feminino. O peso médio foi de 29,5 kg, com um mínimo de 5,7kg e um máximo de 60 kg. A altura média foi de 135,8 cm, com um mínimo de 82,5 cm e um máximo de 176,5 cm, tal como se pode observar pela Tabela 3.1.4.1: Casuística do estágio na Consulta de Fibrose Quística.

Tabela 3.1.4.1: Casuística do estágio na Consulta de Fibrose Quística

Consulta de Fibrose Quística (n=18)	
Género, n (%)	
Masculino	14 (77,8)
Feminino	4 (22,2)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	8 [0-16]
Peso (kg), média ± DP	29,5 ± 6,24
Altura (cm), média ± DP	135,8 ± 16,1

3.1.5 Consulta de Pediatria Geral

Durante este estágio assisti ainda às consultas de Dietética e Nutrição de Pediatria Geral da Dietista Inês Asseiceira. Estas consultas realizam-se às 3^a-feiras, das 11h às 13h. A estas consultas são referenciadas crianças e adolescentes com diversas patologias.

Mais uma vez, numa primeira consulta é recolhida toda a história clínica relevante e numa primeira consulta e numa consulta de seguimento é avaliado a composição corporal por antropometria e por bioimpedância elétrica (este último apenas se a criança doente tiver 6 anos ou mais) e é recolhida toda a história dietética, através do re-call 24h. Por fim, é feito um plano alimentar personalizado para cada doente.

Casuística do estágio na consulta de Pediatria Geral

Ao longo do período de estágio observei 35 consultas de Dietética e Nutrição de Pediatria Geral. A patologia mais frequente das crianças e adolescentes que recorreram a esta consulta foi o excesso de peso (54,3%), seguindo-se baixo peso (11,4%), Doença de Crohn (8,6%), Síndrome de Alagille (5,7%), Síndrome do Intestino Curto (5,7%), e Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Hipercolesterolémia, Insuficiência Cardíaca e Paralisia Cerebral, todas com uma percentagem de 2,9% cada uma, como se pode verificar pela Figura 3.1.5.1: Diagnósticos observados na Consulta de Pediatria Geral.

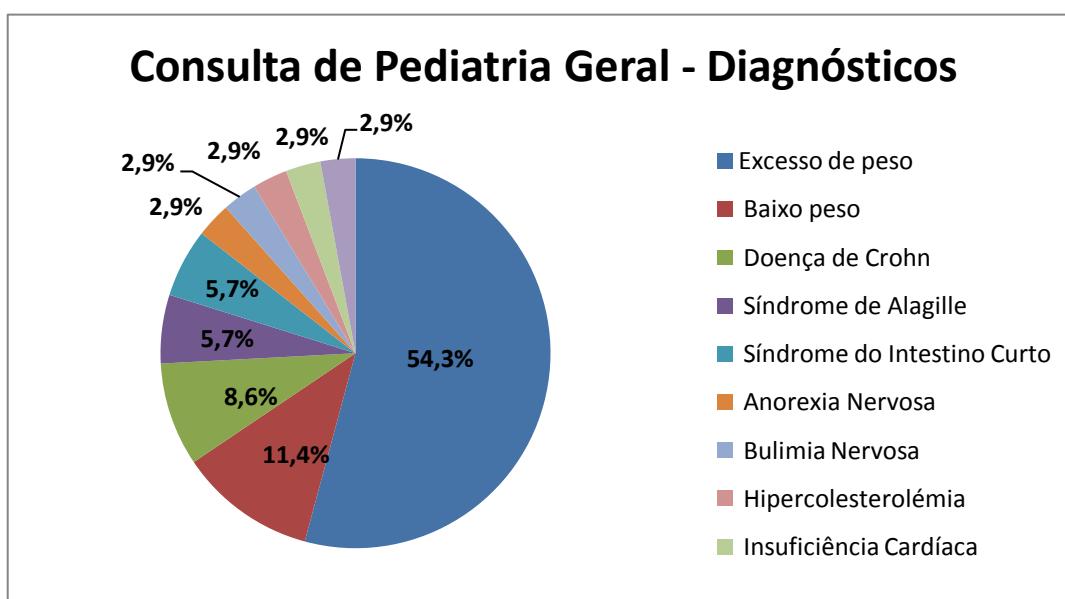


Figura 3.1.5.1: Diagnósticos observados na Consulta de Pediatria Geral

A mediana de idades dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 12 anos, variando entre 1 ano e os 17 anos. O género mais frequente foi o sexo feminino, com uma percentagem de 60,0%, enquanto que 40,0% dos doentes era do sexo masculino. Pesei e medi a grande maioria dos doentes, observando-se que o peso médio dos doentes que recorreram a esta consulta foi de 50,7 kg, variando entre 7,7 kg e 90,9 kg, e a altura média foi de 146,2 cm, com uma altura mínima de 73,7 cm e uma altura máxima de 177,5 cm, tal como se pode observar pela Tabela 3.1.5.1: Casuística do estágio na Consulta de Pediatria Geral.

Tabela 3.1.5.1: Casuística do estágio na Consulta de Pediatria Geral

Consulta de Pediatria Geral (n=35)	
Género, n (%)	
Masculino	14 (40,0)
Feminino	21 (60,0)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	12 [1-17]
Peso (kg), média ± DP	50,65 ± 4,15
Altura (cm), média ± DP	146,2 ± 4,7

Para além disso, pude observar que 11 doentes apresentavam obesidade, uma vez que o seu IMC encontrava-se acima do P95, 2 doentes apresentavam excesso de peso, visto que o seu IMC encontrava-se entre o P90-P95 e 4 doentes apresentavam baixo peso, 3 deles em que o seu IMC encontrava-se abaixo do P5, de acordo com as curvas de referência do CDC, e um deles em que o seu IMC encontrava-se abaixo do P3, de acordo com as novas curvas de referência da OMS.

3.2 Unidades Pediátricas de Gastreenterologia e de Doenças Infecciosas

A Unidade de Gastreenterologia Pediátrica e a Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica, sob a coordenação respetivamente da Prof. Doutora Ana Isabel Lopes e do Dr. José Gonçalo Marques, fazem parte do Departamento de Pediatria do HSM e localizam-se ambas na ala de pediatria, no piso 9. Dispõem de 4 salas, cada uma com duas camas (A, B, C e D) e 5 quartos individuais (Q1, Q2, Q3, Q4 e Q5). Para além disso, dispõem ainda entre outros, de uma sala de enfermagem, uma copa, uma sala de atividades para as crianças e 2 salas de trabalho médico.

Quando uma criança ou adolescente é internado numa destas Unidades, a dietista recolhe toda a história clínica relevante do processo clínico da mesma, aplica à criança ou adolescente um formulário de identificação do risco nutricional (STRONG-kids) no dia de admissão nestas Unidades; recolhe os dados antropométricos e a história dietética, calcula as suas necessidades energéticas e elabora um plano alimentar para a criança ou adolescente internado.

No início do período de estágio observei o apoio nutricional e dietético feito pela dietista Inês Asseiceira, às crianças e adolescentes internados nestas Unidades, sendo que ao longo do período de estágio, passei a ter uma componente mais ativa, recolhendo dos processos clínicos toda a história clínica relevante de forma cuidadosa e pormenorizada, incluindo informação médica passada e presente, sintomas relevantes e medicação atual; apliquei também o formulário de identificação de risco nutricional (STRONG-kids) às crianças e adolescentes quando eram admitidas nestas Unidades, fiz o exame físico por antropometria (peso e altura) e recolhida toda a história dietética, através do re-call 24h.

Casuística do estágio nas Unidades Pediátricas de Gastreenterologia e de Doenças Infecciosas

Ao longo do período de estágio observei e atuei no apoio nutricional e dietético a um total de 40 crianças e adolescentes internadas na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica e na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica. Verificou-se que 52,5% pertenciam ao sexo masculino e 47,5% ao sexo feminino. A mediana de idades foi 4 anos, o peso médio 36,9 kg e a altura média 134,9 cm, tal como se pode observar pela Tabela 3.2.1: Casuística do estágio nas Unidades Pediátricas.

Tabela 3.2.1: Casuística do estágio nas Unidades Pediátricas

Unidades Pediátricas (n=40)	
Género, n (%)	
Masculino	21 (52,5)
Feminino	19 (47,5)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	4 [0-18]
Peso (kg), média ± DP	36,9 ± 4,7
Altura (cm), média ± DP	134,9 ± 9,1

3.2.1 Casuística do estágio na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica

Durante o período de estágio na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica observei e atuei no apoio nutricional e dietético a 11 crianças e adolescentes internadas nesta Unidade. Observou-se uma grande variedade de diagnósticos, sendo que os mais frequentes foram a Doença de Chron (19%) e Hematemeses e Hemorragia digestiva alta (18%). Os outros diagnósticos observados foram Agudização da psoríase pustulosa de von Zumbush (9%), cavernoma da veia porta (9%), diarreia crónica (9%), febre e dejeções diarreicas (9%), gastroenterite (9%), hepatite auto-imune e síndrome nefrótica (9%) e síndrome do intestino curto (9%), como se pode verificar pela Figura 3.2.1.1: Diagnósticos observados na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica.

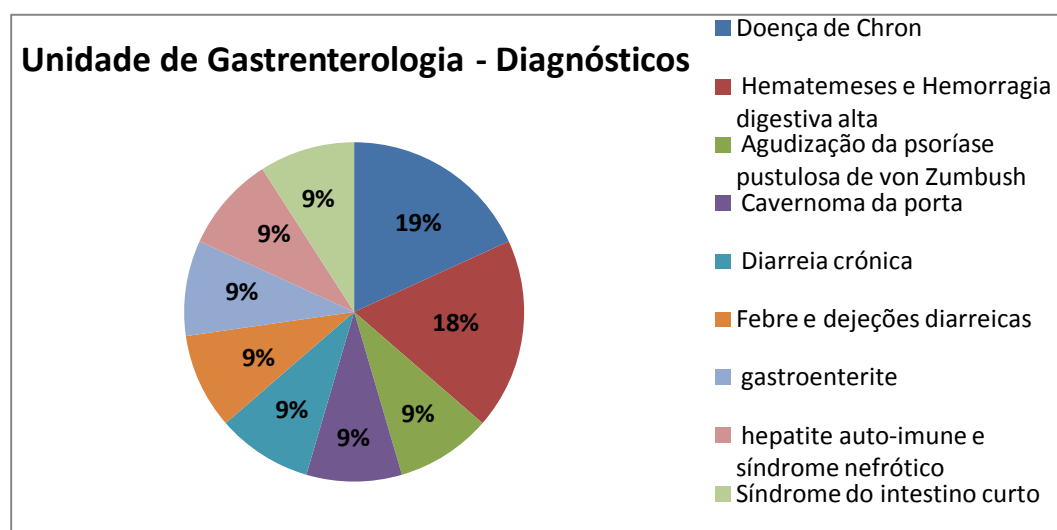


Figura 3.2.1.1: Diagnósticos observados na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica

Foram observadas crianças e adolescentes entre os 4 meses e os 18 anos, sendo a mediana de idades 12 anos. O género mais frequente foi o sexo masculino com 54,5%, enquanto que 45,5% dos doentes eram do sexo feminino. O peso médio das crianças e adolescentes internados nesta Unidade foi de 46,8 kg, variando entre 8,3 kg e 66,5 kg. A altura média foi de 153, 2 cm, variando entre 66,5 cm e 182,7 cm, tal como se pode verificar pela Tabela 3.2.1.1: Casuística do estágio na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica.

Tabela 3.2.1.1: Casuística do estágio na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica

	Unidade de Gastreenterologia Pediátrica (n=11)
Género, n (%)	
Masculino	6 (54,5)
Feminino	5 (45,5)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	12 [0-18]
Peso (kg), média \pm DP	46,8 \pm 6,6
Altura (cm), média \pm DP	153,2 \pm 12,9

Verificou-se que 2 doentes encontravam-se abaixo do P5 para o IMC, de acordo com as curvas de referência do CDC, sendo classificadas como tendo baixo peso. Apenas 1 doente encontrava-se entre o P85-P97, de acordo com as novas curvas de referência da OMS, sendo classificadas como tendo excesso de peso.

3.2.2 Casuística do estágio na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica

Durante o período de estágio na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica observei e atuei no apoio nutricional e dietético a 29 crianças e adolescentes internadas nesta Unidade.

Mais uma vez, tal como na Unidade de Gastreenterologia Pediátrica, observou-se uma grande variedade de diagnóstico, sendo que os mais frequentes foram a Otomastoidite (10,3%) e a Doença de Kawasaki (10,3%), seguindo-se a Drepanocitose (6,9%), Febre (6,9%) e Varicela (6,9%). Os outros diagnósticos observados nesta Unidade, com uma percentagem de 3,4% cada um, foram Abscesso parafaringico, Artrose do joelho, AVC, Bacteriémia oculta, Bronquiolite aguda, Celulite, Colite alérgica, Convulsão em contexto de febre, Crise epileptica focal, Doença neurovegetativa, Edema migratório dos membros, Edema palpebral esquerdo, Epidermólise bolhosa, Osteomielite crónica, Síndrome Hemaflagocítico, Tosse e Varicela em imunodeprimido, tal como se pode observar pela Figura 3.2.2.1: Diagnósticos observados na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica.

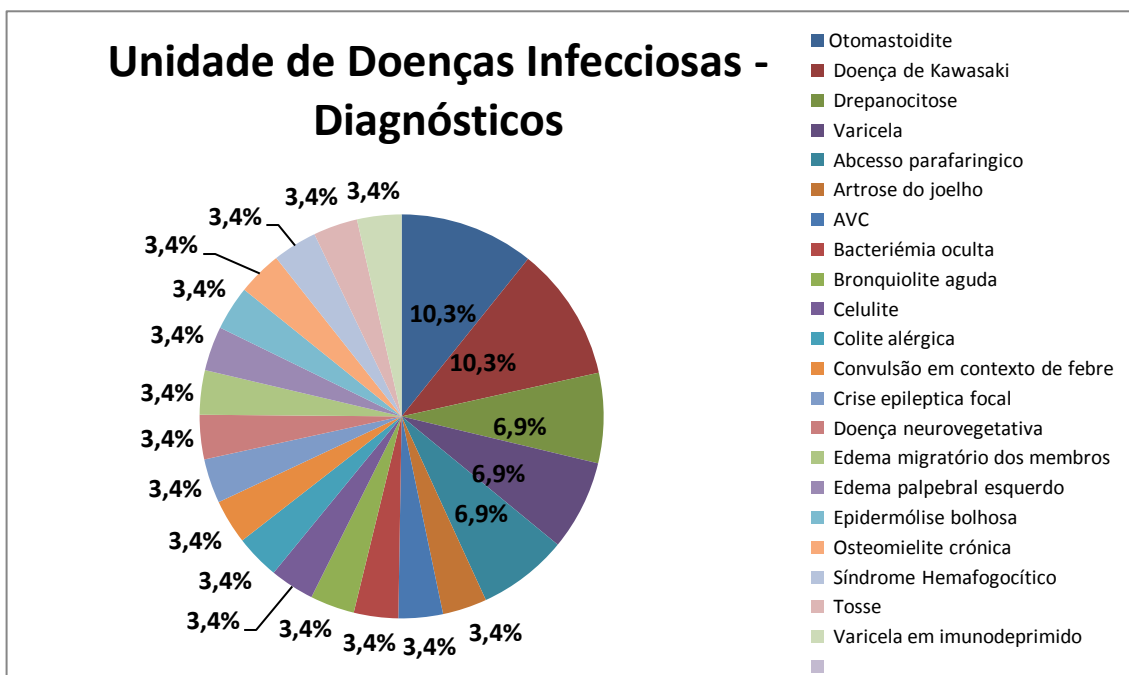


Figura 3.2.2.1: Diagnósticos observados na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica

Foram observadas crianças e adolescentes entre 1 mês de idade e os 16 anos, sendo a mediana de idades 2 anos. Observou-se que 51,7% eram do sexo masculino e 48,3% do sexo feminino. O peso médio das crianças e adolescentes internados nesta Unidade foi de 29,4kg, variando entre 5,2 kg e 64 kg. A altura média foi de 122,6 cm, variando entre 57 cm e 166 cm, tal como se pode verificar pela Tabela 3.2.2.1.

Tabela 3.2.2.1: Casuística do estágio na Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica

Unidade de Doenças Infecciosas Pediátrica (n=29)	
Género, n (%)	
Masculino	15 (51,7)
Feminino	14 (48,3)
Idade (anos), mediana [mín-máx]	2 [0-16]
Peso (kg), média ± DP	29,41 ± 20,06
Altura (cm), média ± DP	122,6 ± 39,94

Em relação aos percentis de IMC para a idade, verificou-se que apenas um doente encontrava-se abaixo do P3 para o IMC, de acordo com as curvas de referência da OMS, sendo classificado como tendo baixo peso e outro doente encontrava-se entre P90-P95 para o IMC, de acordo com as curvas de referência do CDC, sendo classificado como tendo excesso de peso.

3.3 Outras atividades desenvolvidas

3.3.1 Sessões Clínicas do Serviço de Dietética e Nutrição

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a uma sessão clínica da Nestlé subordinada ao tema “Alimentação e Nutrição nos primeiros 1000 dias de vida” que se realizou no dia 10 de Dezembro de 2012. Tive também a oportunidade de assistir a mais 3 sessões clínicas organizadas pelas dietistas do Serviço de Dietética de Nutrição do HSM sobre os temas “Nutrição e Cancro da mama”, “Dieta Cetogénica na epilepsia” e “Insulinoterapia intensiva e contagem de Hidratos de Carbono”, que se realizaram respetivamente nos dias 20 de Fevereiro, 25 de Fevereiro e 11 de Março de 2013.

3.3.2 Sessões Clínicas do Departamento de Pediatria

Para além das sessões clínicas do Serviço de Dietética e Nutrição, tive ainda a oportunidade de assistir a diversas sessões clínicas do Departamento de Pediatria do HSM, subordinadas aos temas, “Genética”, “Geração XX” e “Unidade de Vigilância Pediátrica: 10 anos a vigiar Portugal”, que se realizaram respetivamente nos dias 13 de Dezembro de 2012, 14 e 21 de Fevereiro de 2013.

3.3.3 Reunião multidisciplinar da Unidade de Gastroenterologia Pediátrica

Durante o estágio pude ainda assistir a uma reunião da Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, que se realizou no dia 5 de Dezembro de 2012, onde foram apresentados e discutidos dois casos clínicos, o primeiro caso clínico foi de uma lactente de 7 meses com diagnóstico de Citrulinémia, internada por gastroenterite, colite e enterite, e o segundo caso clínico foi de uma criança de 1 ano de idade internada com o diagnóstico de Síndrome do Intestino Curto.

3.3.4 Copa de leites

Durante o estágio, por vezes às segundas-feiras das 9h às 10h, pude acompanhar a Dietista Inês Asseiceira na preparação das fórmulas infantis na Copa de Leites do HSM.

Para além disso, procedi também à preparação das fórmulas infantis através da pesagem das mesmas em diversas ocasiões no Laboratório de Dietética e Nutrição.

3.3.5 I Simpósio sobre Alimentação e Nutrição dos 0 aos 18

Particpei ainda no “I Simpósio sobre Alimentação e Nutrição dos 0 aos 18”, que se realizou no dia 1 de Março de 2013, no Edifício Egas Moniz da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

3.3.6 Trabalho de investigação: “Avaliação da Ingestão alimentar nas crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria”

Durante a realização do estágio, no período de 4 a 6 de Junho de 2013 realizei um trabalho de investigação que teve como objetivo avaliar em contexto de hospitalização a ingestão alimentar das crianças e jovens, com idade superior a 12 meses e inferior ou igual a 18 anos, internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. A avaliação da ingestão alimentar foi realizada no decurso das refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar), e foi ainda avaliado as razões de uma ingestão alimentar inadequada da criança e do jovem, bem como o grau de satisfação relativamente à qualidade das refeições hospitalares. (Apêndice A)

4. Competências Adquiridas

Durante o período de estágio pude observar e participar no apoio Nutricional e Dietético nas consultas externas de Dietética e Nutrição de Pediatria de Doença Celíaca, de Obstipação, de Obesidade, de Pediatria Geral e de Fibrose Quística, e no internamento na Unidade de Gastrenterologia e na Unidade de Doenças Infecciosas do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, o que me permitiu desenvolver e adquirir novas competências, para a vida académica e profissional futura, ao nível das diferentes patologias em pediatria, em particular ao nível da doença celíaca, da obesidade, da fibrose quística e da obstipação, e das diversas patologias gastroenterológicas e infecciosas, num contexto de nutrição clínica; da identificação do risco nutricional; da avaliação do estado nutricional; da intervenção nutricional na criança com indicação para terapêutica nutricional, através do cálculo, planificação e elaboração de planos dietéticos para alimentação oral; da monitorização das respostas à intervenção nutricional; e da área da investigação clínica em nutrição.

Para além destas competências ao nível académico, este estágio permitiu-me também desenvolver e adquirir competências a nível pessoal, como competências a nível da capacidade de trabalho e integração ativa numa equipa multidisciplinar em meio hospitalar; competências ao nível da linguagem técnica e científica e da capacidade de exposição oral e argumentação; e competências comunicacionais, seguindo sempre três princípios fundamentais: informar, perguntar e escutar, e utilizando técnicas de comunicação adequadas com criança doente e seu familiar/ cuidador, bem como com todos os profissionais de saúde, adequando a linguagem aos diferentes contextos sociais e étnicos da criança e do familiar/ cuidador, bem como ao grupo etário da criança.

Assim, com este estágio tive a oportunidade de adquirir uma perspetiva global sobre o papel e componentes da avaliação e intervenção dietética em idade pediátrica, em contexto hospitalar, adquirindo conhecimentos e competências.

5. Análise e apreciação crítica do estágio

A redação deste relatório permitiu a reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio na área da Nutrição em Pediatria no Hospital de Santa Maria, bem como as competências desenvolvidas ao longo do mesmo.

Confesso que no início do estágio me senti um pouco perdida e confusa com a imensa informação e diagnósticos novos para mim, para além de que o facto de não possuir uma Licenciatura de base em Ciências da Nutrição ou em Dietética e Nutrição, começou por ser um obstáculo no início deste estágio, mas o qual consegui superar com o passar do tempo, com a observação de várias consultas, com a recolha de várias histórias clínicas e dietéticas dos processos clínicos, e com uma extensa consulta bibliográfica, conseguindo compreender melhor as diversas patologias e as dietas específicas para cada uma delas, o que me permitiu aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências. Desde modo, a meu ver, evolui bastante ao longo do estágio, fui compreendendo o modelo organizacional do HSM, em particular do SDN e do Departamento de Pediatria, fui-me familiarizando com as diversas patologias observadas e com os instrumentos de trabalho do dietista na clínica e aprendi a recolher histórias clínicas e dietéticas, a fazer re-calls 24h e a fazer aconselhamento nutricional.

Ao longo deste estágio no Departamento de Pediatria e no Serviço de Dietética e Nutrição pude acompanhar de perto o dia-a-dia das dietistas que trabalham na área da Pediatria, assistindo e participando de forma tutelada em consultas e no apoio nutricional e dietético no internamento, e não poderia deixar de destacar como pontos positivos o excelente acolhimento, atitude pedagógica e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas que me foi dispensada pela equipa de dietistas com quem contactei, e o seu contributo para o meu crescimento pessoal e académico, através das sugestões, opiniões e críticas construtivas, que me ajudaram a refletir e a evoluir como pessoa e como profissional de saúde. Não posso também deixar de destacar a excelente receptividade da equipa de enfermagem da Unidade de Gastrenterologia e da Unidade de Doenças Infeciosas do Departamento de Pediatria do HSM.

Durante este estágio, gradualmente fui-me apercebendo das rotinas, tarefas e dificuldades da equipa de dietistas, verificando que se torna importante perceber o conhecimento real que o doente tem sobre a sua doença, tal como o que este

ambiciona. Só assim se poderá realizar uma correta seleção e utilização de estratégias educacionais, que devem ser sempre adequadas de acordo com as características específicas dos doentes, tendo em conta a sua idade e educação. No entanto, é importante estarmos conscientes que por vezes, mesmo após várias abordagens e estratégias diferentes por parte da equipa de dietistas, o doente ou o seu tutor não assume que tem uma doença, tal como pude observar com maior destaque nas consultas de obesidade pediátrica. Nestas consultas, torna-se evidente que é desmotivante para as crianças doentes e para os seus tutores, seguirem o plano nutricional que lhes é proposto, mas não obterem resultados visíveis em relação à sua perda de peso, e deste modo, muitas delas acabam por desistir de seguir uma alimentação saudável. Nestes casos é importante voltar a consciencializar as crianças e as suas famílias das consequências da obesidade infantil. Pude ainda observar, que na Consulta de Doença Celíaca a maioria das crianças doentes cumpria uma dieta isenta em glúten, uma vez que a evicção do glúten estava associada à remissão da sintomatologia. Em relação à consulta de Obstipação, pude constatar que uma dieta rica em fibras e pobre em alimentos obstipantes raramente é suficiente por si só para melhorar a obstipação, sendo necessário também a prescrição de fármacos laxantes por parte do médico. Observei ainda que na Consulta de Fibrose Quística, a prescrição de uma dieta hipercalórica muitas vezes é suficiente para uma otimização do estado nutricional das crianças com fibrose quística, as quais cumprem a dieta, sem ser necessário o uso de suplementos nutricionais orais. Por último, em relação à Consulta de Pediatria Geral, constatei que uma elevada percentagem de crianças doentes recorria àquela consulta por diagnóstico de excesso de peso.

Penso que é importante existir uma formação continua e uma atualização de conhecimentos constantes nesta área da Nutrição em Pediatria de forma a prestar os cuidados de saúde da forma mais correta e benéfica para o doente. Deste modo, a meu ver, as diversas sessões clínicas no departamento de pediatria e no serviço de dietética e nutrição, bem como o simpósio em que participei, permitiu-me enriquecer o meu conhecimento clínico e científico.

Para além disso, a elaboração do trabalho de investigação sobre “Avaliação da Ingestão Alimentar nas Crianças e Jovens Internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria”, proposto pelas orientadoras de estágio, a Prof. Doutora Ana Isabel Lopes e a Dra. Patrícia Almeida Nunes, permitiu-me desenvolver as minhas competências na área da investigação científica. No entanto, não poderia deixar de

enumerar as diversas dificuldades sentidas durante a elaboração e realização deste trabalho de investigação. De facto, o SDN não possuía balanças digitais nas diversas Unidades Pediátricas que pudessem ser usadas para a pesagem dos alimentos no final das refeições durante a realização deste estudo e foi preciso arranjar patrocínios para a compra das balanças. A elaboração deste trabalho foi também um processo muito longo, que necessitou da autorização da Comissão de Ética, a qual demorou alguns meses a ser conseguida. Necessitou também da autorização do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, a qual foi dada pela Prof. Doutora Maria do Céu Machado, à qual não poderia deixar de agradecer. Foi ainda necessário a alteração das ementas hospitalares, por duas vezes, durante os três dias em que este estudo foi realizado, e não poderia deixar de agradecer à dietista Mónica e à dietista Ermelinda pela enorme ajuda prestada neste processo, bem como à Eurest, a empresa que fornece o serviço de restauração ao HSM. Este trabalho de investigação envolveu também muitos recursos humanos, uma vez que foi necessário ter sempre uma dietista ou uma estagiária no serviço de alimentação para pesar as refeições do almoço e do jantar, bem como para pesar as refeições, pequeno-almoço, almoço e jantar, no final das mesmas, nas Unidades Pediátricas, e por isso não poderia deixar de agradecer à equipa de dietistas e estagiárias que tornou este projeto possível e que fora das suas horas de trabalho, incluindo ao jantar, realizaram as pesagens necessárias para este estudo e inferiram junto dos doentes sobre as razões de uma ingestão alimentar insuficiente, quando tal se verificou. Para além disso, destaco ainda o meu contributo pessoal durante a realização deste trabalho de investigação, uma vez que estive presente no final de todas as refeições, durante os 3 dias de realização deste estudo, para tornar possível a realização do mesmo.

Destaca-se ainda como pontos positivos deste estágio a distinção do local do estágio – o HSM, e a diversidade de consultas e doentes observados, os quais contribuíram para o sucesso do estágio.

Por fim, tenho a salientar que as orientadoras de estágio proporcionaram todas as condições necessárias para o desenvolvimento do estágio de acordo com os objetivos previamente propostos, mostrando total disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas, sendo o balanço do estágio muito positivo.

6. Conclusão

Concluindo, a realização deste estágio acadêmico em Nutrição em Pediatria foi muito enriquecedor tanto a nível pessoal como a nível académico, permitindo potenciar os conhecimentos adquiridos no 1º ano do Mestrado em Nutrição Clínica e adquirir uma perspectiva global sobre o papel e componentes da avaliação e intervenção dietética, em contexto hospitalar, em idade pediátrica e contribuindo para o desenvolvimento de competências nesta área. Para além disso, permitiu-me ainda desenvolver competências na área da investigação científica, através da realização de um trabalho de investigação no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. Deste modo, os objetivos previamente estabelecidos foram cumpridos.

7. Referências Bibliográficas

1. Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Site Institucional [Internet]. [cited 2013 Jul 12]. Available from: <http://www.hsm.min-saude.pt/>
2. Hospital de Santa Maria. Departamento de Pediatria [Internet]. [cited 2013 Jul 12]. Available from: <http://83.240.153.196:8082/>
3. Hospital de Santa Maria. Serviço de Dietética e Nutrição [Internet]. [cited 2013 Jul 12]. Available from: <http://www.hsm.min-saude.pt/hsmmintra/tabid/1067/Default.aspx>
4. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, Mearin ML, Phillips a, Shamir R, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* [Internet]. 2012 Jan [cited 2012 Nov 1];54(1):136–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22197856>
5. Rashid M, Cranney A, Zarkadas M, Graham ID, Switzer C, Case S, et al. Celiac disease: evaluation of the diagnosis and dietary compliance in Canadian children. *Pediatrics* [Internet]. 2005 Dec [cited 2012 Nov 25];116(6):e754–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322131>
6. Mäki M, Mustalahti K, Kokkonen J, Kulmala P, Haapalahti M, Karttunen T, et al. Prevalence of Celiac disease among children in Finland. *The New England journal of medicine* [Internet]. 2003 Jun 19;348(25):2517–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12815137>
7. Antunes H, Abreu I, Nogueiras ANA, Sá C, Gonçalves C, Garcia F, et al. Primeira determinação de prevalência de doença celíaca numa população portuguesa. *Acta Med Port*. 2006;115–20.
8. Dietary Guidelines Advisory Committee. Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the dietary guidelines for Americans, 2010. Washington, DC: US Department of Agriculture. 2010.

9. WHO | Infant and young child feeding [Internet]. World Health Organization; [cited 2012 Oct 29]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>

10. The NS, Suchindran C, North KE, Popkin BM, Gordon-Larsen P. Association of adolescent obesity with risk of severe obesity in adulthood. JAMA: the journal of the American Medical Association [Internet]. 2010 Nov 10;304(18):2042–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3076068&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

11. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. Am J Clin Nutr. 2010;91:1499–505.

12. Wang Y, Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. International Journal of Pediatric Obesity [Internet]. 2006 Jan [cited 2012 Oct 29];1(1):11–25. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/17477160600586747>

13. Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council [Internet]. 2004 [cited 2012 Oct 29];16(6):670–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495229>

14. WHO Regional Office for Europe. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Conference Report. 2007.

15. NASPGHAN Constipation Guideline Committee. Evaluation and treatment of constipation in children: summary of updated recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition [Internet]. 2006 Sep;43(3):405–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16954970>

16. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Croffie JM, DiIorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1999;29(5):612–26.

17. Daher S, Tahan S, Sole D, Naspitz CK, Da Silva Patricio FR, Neto UF, et al. Cow's milk protein intolerance and chronic constipation in children. *Pediatric Allergy and Immunology* [Internet]. 2001 Dec [cited 2013 Jul 12];12(6):339–42. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1034%2Fj.1399-3038.2001.0o057.x>
18. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, Florena A, Tumminello M, Soresi M, et al. Intolerance of cow's milk and chronic constipation in children. *The New England journal of medicine*. 1998;339(16):1100–4.
19. Carroccio A, Montalto G, Custro N, Notarbartolo A, Cavataio F, D'Amico D, et al. Evidence of very delayed clinical reactions to cow's milk in cow's milk-intolerant patients. *Allergy* [Internet]. 2000 Jun;55(6):574–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10858991>
20. Andiran F, Dayi S, Mete E. Cows milk consumption in constipation and anal fissure in infants and young children. *Journal of paediatrics and child health* [Internet]. 2003 Jul;39(5):329–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887660>
21. Gibson RL, Burns JL, Ramsey BW. Pathophysiology and management of pulmonary infections in cystic fibrosis. *American journal of respiratory and critical care medicine* [Internet]. 2003 Oct 15 [cited 2013 Jun 29];168(8):918–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14555458>
22. Tullis E, Bell SC, Dřevínek P, Griese M, Mckone EF, Wainwright CE, et al. A CFTR Potentiator in Patients with Cystic Fibrosis and the G551D Mutation. *N Engl J Med*. 2011;365(18):1663–72.
23. Farrell PM. The prevalence of cystic fibrosis in the European Union. *Journal of cystic fibrosis: official journal of the European Cystic Fibrosis Society* [Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Jul 8];7(5):450–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18442953>
24. Stallings VA, Stark LJ, Robinson KA, Feranchak AP, Quinton H. Evidence-based practice recommendations for nutrition-related management of children and adults with cystic fibrosis and pancreatic insufficiency: results of a systematic

- review. Journal of the American Dietetic Association [Internet]. 2008 May [cited 2013 Jul 8];108(5):832–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18442507>
25. Farrell PM, Rosenstein BJ, White TB, Accurso FJ, Castellani C, Cutting GR, et al. Guidelines for Diagnosis of Cystic Fibrosis in Newborns through Older Adults: Cystic Fibrosis Foundation Consensus Report. The Journal of pediatrics. 2008;153(2):S4–S14.
26. Borowitz D, Robinson KA, Rosenfeld M, Davis SD, Sadosky KA, Spear SL, et al. Cystic Fibrosis Foundation evidence-based guidelines for management of infants with cystic fibrosis. The Journal of pediatrics [Internet]. Mosby, Inc.; 2009 Dec [cited 2013 May 24];155(6 Suppl):S73–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19914445>

8. Apêndices

8.1 Apêndice A: Trabalho de investigação “Avaliação da Ingestão alimentar nas crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria”



Avaliação da ingestão alimentar nas crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria

SILVA F.¹, ASSEICEIRA I.², MEXIA S.², PATRÍCIO Z.², NUNES PA.², LOPES AI³.

1. Aluna da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

2. Serviço de Dietética e Nutrição HSM-CHLN (Coordenadora: Dra Patrícia Almeida Nunes)

3. Departamento de Pediatria HSM-CHLN (Diretora: Prof. Doutora M^a do Céu Machado)

Resumo

Introdução e objetivo: As crianças e jovens hospitalizados apresentam um risco elevado de desenvolver desnutrição, sendo que o aumento das necessidades energéticas adicionando à diminuição da ingestão alimentar durante o internamento é a principal causa de desnutrição hospitalar. No entanto, a diminuição da ingestão alimentar dos doentes poderá estar relacionada não só com aspetos clínicos da doença, mas também com fatores associados à própria refeição hospitalar. Deste modo, o objetivo deste estudo foi de avaliar em contexto de hospitalização a ingestão alimentar das crianças e jovens internados, face à prescrição.

População e métodos: Foram incluídos neste estudo crianças e jovens com idade superior a 12 meses e inferior ou igual a 18 anos, internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria. O estudo teve a duração de 3 dias consecutivos, tendo sido realizada a avaliação da ingestão alimentar no decurso do pequeno-almoço, almoço e jantar, bem como as razões de uma ingestão alimentar inadequada da criança e do jovem. Foi também avaliado através de um questionário específico o grau de satisfação relativamente à qualidade das refeições hospitalares.

Resultados: No total, as 3 refeições principais forneceram uma média de 1576 ± 530 kcal, 96 ± 46 g de proteínas e 199 ± 68 g de glícidos por dia, sendo que 40% dos alimentos fornecidos pela cozinha hospitalar foi desperdiçado. Deste modo, uma média de 987 ± 597 kcal, 61 ± 46 g de proteínas e 124 ± 71 g de glícidos foi consumido por dia. Observou-se que o alimento mais consumido na sua totalidade ao pequeno-almoço foi o leite (32,5%) e ao almoço e jantar foi a fruta/ sobremesa (35,5%). Verificou-se ainda que a principal razão para uma ingestão insuficiente tanto ao almoço como ao jantar relaciona-se com fatores associados à própria refeição hospitalar. Por último, observou-se que, numa apreciação global, 64% dos doentes encontravam-se muito satisfeitos e 29% satisfeitos com a qualidade das refeições hospitalares.

Discussão e conclusão: As crianças e jovens internados têm uma ingestão alimentar inferior ao prescrito, sendo que uma elevada percentagem de alimentos fornecidos pela cozinha hospitalar são desperdiçados, devido não só a aspetos clínicos da doença, mas também a fatores associados à própria refeição.

Introdução

As crianças e jovens hospitalizados apresentam um risco elevado de desenvolver desnutrição, particularmente se já tiverem uma doença subjacente. (1) (2)

Em idade pediátrica, a desnutrição pode ter consequências graves, como um atraso no crescimento e suscetibilidade aumentada a infeções.(1) Para além disso, a desnutrição hospitalar contribui para um aumento do risco de morbilidade e mortalidade, aumento do tempo de internamento e consequentemente aumentos dos custos de saúde. (3) (4) (5) (6)

Por outro lado, a doença pode induzir alterações metabólicas ou psicológicas, que aumentam as necessidades nutricionais e/ou diminuem o consumo alimentar dos doentes. (7) O aumento das necessidades energéticas adicionando à diminuição da ingestão alimentar durante o internamento é a principal causa de desnutrição hospitalar.(8)

A diminuição da ingestão alimentar dos doentes poderá estar relacionada não só com aspetos clínicos da doença, mas também com fatores associados à própria refeição e adequação do serviço de alimentação. (9)

Uma vez que a maioria dos doentes internados está dependente das refeições hospitalares para suprir as suas necessidades nutricionais, é importante analisar os fatores que podem influenciar a ingestão alimentar e que potencialmente se podem modificar para evitar as consequências da desnutrição, (10) tal como refeições servidas muito cedo, aspeto do tabuleiro inadequado, atitude negativa do pessoal que serve as refeições, alimentos insuficientes no prato, temperatura incorreta da refeição, entre outros. (9) (11)

Por outro lado, a dieta prescrita deverá ser adequada à patologia, preferências e hábitos alimentares da criança, com o objetivo de suprir as necessidades metabólicas e clínicas dos doentes.

Vários estudos em adultos hospitalizados com diversas patologias demonstraram que a ingestão alimentar real é inferior ao recomendado, (7) (8) (12) (13) (14) (15) (16) sendo escassos os estudos sobre a avaliação da ingestão alimentar em crianças internadas. (17)

Num estudo prospectivo de 2012, (16) os autores, para compreenderem as razões de uma ingestão alimentar inadequada, avaliaram o desperdício alimentar, a ingestão alimentar, e grau de satisfação dos doentes com o serviço de alimentação hospitalar. Durante 6 dias, 150 refeições hospitalares foram pesadas e a composição nutricional foi calculada. No final da refeição, o desperdício alimentar foi pesado. Adicionalmente, o consumo nutricional foi comparado com as necessidades nutricionais em 42 pacientes. Num estudo separado, os autores estudaram ainda o grau de satisfação dos doentes com o serviço de alimentação hospitalar. Os resultados obtidos mostraram que as 3 refeições principais contabilizaram uma média de 1809 ± 143 kcal e 76 ± 13 g de proteína por dia. No total, 38% dos alimentos fornecidos pela cozinha hospitalar foi desperdiçado e como consequência, as refeições principais forneceram uma média de 1105 ± 594 kcal e 47 ± 27 g proteína por doente. Estes autores utilizaram uma metodologia semelhante ao estudo a ser realizado pelo Serviço de Dietética e Nutrição do Hospital de Santa Maria, tendo concluído que apesar das refeições servidas pela cozinha hospitalar fornecerem quantidades de energia e proteínas adequadas, os doentes não consomem as refeições completas, sendo a ingestão alimentar inferior ao recomendado.

Objetivos

Objetivo geral

- Avaliar em contexto de hospitalização a ingestão alimentar das crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria face à prescrição de acordo com os padrões recomendados.

Objetivos específicos

- Determinar o valor energético total (energia, proteínas e glícidos) das principais refeições diárias (pequeno-almoço, almoço, e jantar), consumidas pelas crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, durante um período de 3 dias;
- Determinar a percentagem de desperdício alimentar;
- Determinar quais os grupos de alimentos mais consumidos por esta população em cada uma das refeições principais;

- Determinar as razões de uma ingestão alimentar inadequada;
- Avaliar o grau de satisfação da qualidade das refeições hospitalares.

População e Métodos

População-alvo

Todas as crianças e jovens, entre os 12 meses e os 18 anos, de ambos os sexos, internadas no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, nas seguintes Unidades: Gastreenterologia, Doenças Infecciosas, Pneumologia, Nefrologia, Pediatria Geral, Hematologia, Neurologia e Doenças Metabólicas.

Critérios de inclusão

- Crianças e jovens com idade superior a 12 meses e inferior ou igual a 18 anos;

Critérios de exclusão

- Crianças sob aleitamento materno serão excluídas;
- Crianças e adolescentes com suporte nutricional parentérico;
- Adicionalmente, também serão excluídos deste estudo crianças com infecção por BK ou com varicela.

Recursos

A avaliação da ingestão alimentar e do desperdício alimentar foi realizada pela equipa de dietistas do Serviço de Dietética e Nutrição do HSM, bem como pelas estagiárias.

Avaliação do consumo e do desperdício alimentar

No primeiro dia do estudo, foram recolhidos dos processos clínicos os valores do peso e altura de cada criança ou jovem, de modo a serem calculados os seus IMC. Os percentis de IMC para a idade calculados para cada doente foram baseados nas novas curvas de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) (18) – para doentes dos 12 meses aos 5 anos, e nas curvas de referência do *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) – para doentes dos 5 aos 18 anos. (19)

O estudo teve a duração de 3 dias consecutivos, sendo realizada a avaliação no decurso das refeições principais (pequeno-almoço, o almoço e o jantar) de todas as crianças e jovens internados nas unidades anteriormente mencionadas, compreendendo os critérios de inclusão.

As crianças e jovens em estudo receberam uma dieta de consistência variada, de acordo com a prescrição e com a ementa estabelecida.

A dieta prescrita é adaptada de acordo com a patologia, os hábitos alimentares e o grau de desenvolvimento da mastigação e da deglutição, incluindo eventual dificuldade alimentar e/ou alterações da via oral.

O registo das informações do consumo alimentar de cada criança e jovens, foi efetuado num documento criado para o efeito (Anexo 1), contendo o horário, refeição, quantidade de alimentos fornecidos e quantidade de alimentos desperdiçados, ao longo de 3 dias de realização do estudo, bem como as razões para uma ingestão alimentar inadequada.

Foi efetuada na cozinha hospitalar a pesagem de cada alimento constituinte da refeição para análise da sua totalidade (Almoço e Jantar). No final de cada refeição, foi também efetuada na copa, a pesagem de cada alimento deixado do tabuleiro. Deste modo, foi assim possível determinar a quantidade servida, quantidade remanescente no tabuleiro e o total de cada alimento ingerido (em gramas e em valor energético) e aporte de macronutrientes (proteínas e glícidos).

O total de cada alimento consumido foi avaliado com base na diferença entre a quantidade servida e o desperdício alimentar, isto é, a quantidade de cada alimento deixado no tabuleiro após a criança ou jovem ter terminado a refeição.

Foram ainda contabilizados os suplementos nutricionais ingeridos por cada doente durante as refeições avaliadas para efeitos do presente estudo.

No final de cada refeição, foi perguntado aos doentes que não consumiram toda a comida servida, quais as causas para uma ingestão insuficiente. Caso o doente não fosse capaz de expressar a sua opinião, seria o seu tutor a especificar as razões de uma ingestão insuficiente. Eles poderiam escolher entre “Não tem fome”, “Normalmente come menos”, “Não gosta do sabor”, “Não quer comer”, “Tem náuseas ou vômitos”, “Refeições servidas muito cedo”, “Pouca variedade dos alimentos”, “Dificuldade alimentar”, “Está em jejum” ou “Outra”.

Para a análise global dos resultados, foi calculado individualmente o consumo total de energia, proteínas e glícidos de cada alimento servido, de cada alimento desperdiçado e de cada alimento efetivamente consumido, utilizado a Tabela de Composição de Alimentos Portugueses do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA). (20)

Foi calculada a média do consumo do VET (Valor Energético Total) e de macronutrientes (proteínas e glícidos) do pequeno-almoço separadamente do almoço + jantar, em cada uma das Unidades Pediátricas, durante os três dias do estudo, bem como a média do consumo do VET e de macronutrientes das 3 refeições principais diárias (pequeno-almoço + almoço + jantar) e comparando depois os resultados com o que foi realmente servido a cada refeição e com o que foi desperdiçado.

Durante estes 3 dias de estudo, foi ainda calculado a quantidade de alimentos servidos (kg) e a quantidade de desperdício alimentar.

Foi também avaliado quais os alimentos mais consumidos por esta população, em cada uma das refeições.

Por fim, foi avaliada o grau de satisfação (a percentagem de doentes muito insatisfeitos, insatisfeitos, satisfeitos ou muito satisfeitos) em cada uma das categorias do questionário de satisfação da qualidade das refeições hospitalares.

Avaliação da qualidade das refeições hospitalares

No final do período de 3 dias de estudo, ou no dia da alta do doente, caso este não estivesse internado durante os 3 dias de realização do estudo, foi avaliado através de um questionário específico (Anexo 2) o grau de satisfação relativamente à qualidade das refeições hospitalares. O questionário foi aplicado aos pais para preenchimento caso a criança tivesse idade <8 anos ou apresentasse alguma incapacidade para o efeito, ou foi aplicado a ambos (pais e criança/ jovem) se idade ≥ 8 anos. Este questionário consistiu maioritariamente em perguntas fechadas, nas seguintes categorias: informação pessoal, incluindo uma questão sobre o tempo de internamento; qualidade dos alimentos; quantidade dos alimentos; apresentação do tabuleiro; apresentação dos alimentos; temperatura dos alimentos; variedade dos alimentos; horário das refeições; simpatia do pessoal e apreciação global. Todas as questões possuíam uma escala de resposta de 5 itens (Muito insatisfeito, Insatisfeito, Satisfeito, Muito Satisfeito, Não responde, Não sabe). (7) (8) (12)

Estatística

Os resultados obtidos foram analisados através de um programa de estatística, SPSS versão 21.0.

Procedimentos éticos

Para a realização deste estudo, foi entregue uma folha de consentimento informado para os representantes legais de todos os participantes do estudo e caso o menor dispusesse de capacidade de entendimento e manifestação de vontade foi necessário também o seu consentimento, o qual é recomendável a partir dos 7 anos e obrigatório a partir dos 14 anos (Anexo 3).

Foi também solicitada a devida autorização à direção do Departamento de Pediatria do HSM e à Comissão de Ética para a Saúde do HSM, CHLN-EPE.

Resultados

Descrição da população de crianças e jovens internados

A amostra deste estudo foi constituída por 22 doentes, sendo que a maioria dos doentes foi avaliada durante 2 (n=10) ou 3 (n=10) dias do estudo. Apenas 2 doentes participaram em apenas 1 dia do estudo. A idade dos doentes variou de 1 ano a 18 anos, com uma média de 9 ± 7 anos, sendo 68,2% do sexo masculino (n=15) e 31,8% do sexo feminino (n=7). O tempo de internamento variou de 0 a 152 dias, com uma mediana de 3 dias, tal como se pode observar pela Tabela 1.

Tabela 1: Características demográficas dos doentes incluídos no estudo, de acordo com a Unidade Pediátrica

Unidade Pediátrica	Todos os doentes (n=22)	Gastren- terologia (n=2)	Doenças Infeccio- sas (n=6)	Pneumo- logia (n=5)	Nefro- logia (n=3)	Neuro- logia (n=1)	Ped. Geral (n=2)	Hema- tologia (n=3)
Género, n (%)								
Masculin o	15 (68,2)	0	6 (100)	4 (80)	1 (33,3)	1 (100)	0	3 (100)
Feminino	7 (31,8)	2 (100)	0	1 (20)	2 (66,7)	0	2 (100)	0
Idade (anos), média ± DP	9 ± 7	5 ± 4	7 ± 8	6 ± 6	16 ± 2	13	10 ± 11	6 ± 5
Tempo interna- mento (dias), mediana [mín- máx]	3 [0-152]	63 [1- 125]	2 [0-152]	9 [3-12]	4 [0- 26]	0	3	0 [0-1]

Em relação aos percentis de IMC para a idade, verificou-se que 42,9% das crianças entre 1 a 5 anos de idade (n=7), estavam acima do P97 para o IMC, de acordo com as curvas de referência da OMS, sendo classificadas como tendo obesidade. Destas crianças, entre 1 a 5 anos de idade que estavam acima do P97 para o IMC, 14,3% encontravam-se internadas na Unidade de Pediatria Geral e 28,6% na Unidade Pediátrica de Hematologia. Já nas crianças entre 5 a 18 anos de idade (n=11), de acordo com as curvas de referência do CDC, 27,3% encontravam-se abaixo do P5, sendo classificadas como tendo baixo peso. Destas crianças, entre 5 a 18 anos de idade que estavam abaixo do P5, 9,1% encontravam-se internadas na Unidade de Doenças Infecciosas, 9,1% na Unidade Pediátrica de Nefrologia e também 9,1% na Unidade Pediátrica de Neurologia.

Durante estes 3 dias de estudo, as dietas prescritas foram a Dieta Geral (36,6%), Pastosa com prato (13,6%), Geral sem sal (9,1%), Ligeira (9,1%), Mole (9,1%), Pastosa sem prato (9,1%), Ligeira sem sal (4,5%), Personalizada (4,5%) e Pobre em resíduos pobre em lactose (4,5%) (Tabela 2).

Tabela 2: Dieta prescrita de acordo com a Unidade

Unidade Pediátrica	Todos os doentes (n=22)	Gastren- terologia (n=2)	Doenças Infeccio- sas (n=6)	Pneu- mologi- a (n=5)	Nefro- logia (n=3)	Neuro- logia (n=1)	Ped. Geral (n=2)	Hema- tologia (n=3)
Dieta Prescrita, n (%)								
Geral	8 (36,6)	0	2 (33,3)	3 (60)	0	1 (100)	1 (50)	1 (33,3)
Geral sem sal	2 (9,1)	0	0	0	2 (66,7)	0	0	0
Ligeira	2 (9,1)	0	1 (16,7)	0	0	0	1 (50)	0
Ligeira sem sal	1 (4,5)	0	0	0	1 (33,3)	0	0	0
Mole	2 (9,1)	1 (50)	0	0	0	0	0	1 (33,3)
Pastosa com prato	3 (13,6)	0	1 (16,7)	2 (40)	0	0	0	0
Pastosa sem prato	2 (9,1)	0	1 (16,7)	0	0	0	0	1 (33,3)
Persona- lizada	1 (4,5)	1 (50)	0	0	0	0	0	0
Pobre em resíduos pobre em lactose	1 (4,5)	0	1 (16,7)	0	0	0	0	0

Avaliação do consumo e do desperdício alimentar

Durante os 3 dias do estudo, foram analisadas no total 128 refeições hospitalares e foi fornecido 74,264 kg de comida, da qual 29,601 kg (40%) foi desperdiçada.

Verificou-se que os pequenos-almoços forneceram uma média de 286 ± 108 kcal, 11 ± 6 g de proteínas e 44 ± 17 g de glícidos. No entanto, 16,4% das crianças e jovens internados não consumiram a totalidade da comida servida ao pequeno-almoço. Deste modo, uma média de 263 ± 135 kcal, 11 ± 6 g de proteínas e 39 ± 20 g de glícidos foi consumido ao pequeno-almoço (Tabela 3a e b). Contudo, em algumas Unidades Pediátricas, como na Unidade de Neurologia Pediátrica e na Unidade de Hematologia Pediátrica, verificou-se que as crianças e jovens internados consumiram toda a comida servida ao Pequeno-almoço. Para além disso, verificou-se que na Unidade de Nefrologia Pediátrica o desperdício alimentar ao pequeno-almoço foi inferior ao das Unidades Pediátricas de Gastrenterologia, de Doenças Infecciosas, de Pneumologia e de Pediatria Geral.

Observou-se ainda que o alimento mais consumido na sua totalidade ao pequeno-almoço foi o leite (32,5%), seguindo-se do pão com manteiga (19,3%), o iogurte

(16,9%) e a papa (14,5%). Os alimentos menos consumidos na sua totalidade ao pequeno-almoço foram de facto as bolachas (10,8%), os cereais (3,6%) e o chá (2,4%), tal como se pode constatar pelo Gráfico 1.

Tabela 3: Valor Energético Total do Pequeno-almoço

(a)

Unidade Pediátrica	Energia (kcal)				Proteínas (g)			
	Fornecida	Desperdiçada	(%)	Consumida	Fornecidas	Desperdiçadas	(%)	Consumidas
Toda a Pediatria	286 ± 108	25 ± 58	(8,7)	263 ± 135	11 ± 6	1 ± 2	(9,1)	11 ± 6
Gastroenterologia	241 ± 0	143 ± 0	(59,3)	98 ± 0	9 ± 0	4 ± 0	(44,4)	8 ± 0
Doenças Infecciosas	332 ± 139	27 ± 54	(8,1)	306 ± 188	16 ± 8	1 ± 2	(6,3)	14 ± 10
Pneumologia	291 ± 65	21 ± 43	(7,2)	270 ± 96	9 ± 2	0 ± 1	(0)	9 ± 3
Nefrologia	281 ± 17	4 ± 7	(1,4)	276 ± 18	10 ± 1	0 ± 0	(0)	10 ± 1
Neurologia	468 ± 0	0 ± 0	(0)	468 ± 0	21 ± 0	0	(0)	21 ± 0
Pediatria Geral	111 ± 50	51 ± 11	(45,9)	60 ± 50	1 ± 1	1 ± 0	(100)	1 ± 1
Hematologia	274 ± 40	0	(0)	274 ± 40	10 ± 1	0	(0)	10 ± 1

(b)

Unidade Pediátrica	Glúcidos (g)			
	Fornecidos	Desperdiçados	(%)	Consumidos
Todos os doentes	44 ± 17	4 ± 10	(9,1)	39 ± 20
Gastroenterologia	37 ± 0	23 ± 0	(62,2)	11 ± 0
Doenças Infecciosas	53 ± 18	5 ± 9	(9,4)	49 ± 25
Pneumologia	43 ± 12	4 ± 9	(9,3)	38 ± 11
Nefrologia	41 ± 3	0 ± 0	(0)	41 ± 3
Neurologia	71 ± 0	0	(0)	71 ± 0
Pediatria Geral	22 ± 9	11 ± 0	(50)	12 ± 9
Hematologia	38 ± 7	0	(0)	38 ± 7

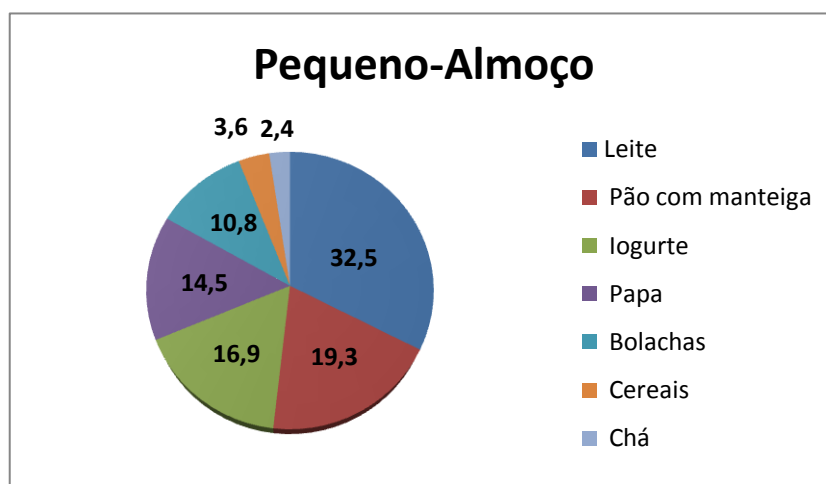


Gráfico 1: Consumo de alimentos ao Pequeno-almoço

Em relação aos almoços e aos jantares hospitalares, verificou-se que estes forneceram uma média de 1290 ± 422 kcal, 85 ± 40 g de proteínas e 155 ± 51 g de glícidos. No entanto, 97,7% dos doentes não comeram a totalidade da refeição servida, sendo que uma média de 724 ± 462 kcal, 50 ± 40 g de proteínas e 85 ± 51 g de glícidos foi consumido (Tabela 4 a e b). Verificou-se ainda que nas Unidade de Pediatria Geral, Pneumologia Pediátrica e Neurologia Pediátrica, o desperdício alimentar ao almoço e ao jantar foi superior ao das restantes Unidades.

Para além disso verificou-se que o alimento mais consumido na sua totalidade ao almoço e ao jantar foi a fruta/ sobremesa (35,5%), seguindo-se a carne/ peixe (21,5%) e a sopa (19,6%). Os alimentos menos consumidos na sua totalidade foram de facto os farináceos (14%) e os legumes e saladas (9,3%), tal como se pode observar pelo Gráfico 2.

Tabela 4: Valor Energético Total do Almoço + Jantar

(a)

Unidade Pediátrica	Energia (kcal)				Proteínas (g)			
	Forne- cida	Desper- diçada	(%)	Consu- mida	Forne- cidas	Desper- diçadas	(%)	Consu- midas
Toda a Pediatria	1290 ± 422	567 ± 396	(44)	724 ± 462	85 ± 40	36 ± 31	(42,4)	50 ± 40
Gastren- terologia	602 ± 129	155 ± 19	(25,7)	447 ± 109	20 ± 19	3 ± 2	(15)	32 ± 17
Doenças Infeccio- sas	1359 ± 362	502 ± 406	(36,9)	858 ± 683	91 ± 38	27 ± 25	(29,7)	64 ± 55
Pneumo- logia	1624 ± 233	913 ± 200	(56,2)	715 ± 320	107 ± 21	65 ± 24	(60,7)	42 ± 22
Nefrolo- gia	1338 ± 155	261 ± 217	(19,5)	1077 ± 261	99 ± 14	15 ± 15	(15,2)	84 ± 17
Neurolo-	1205 ±	628 ± 0	(52,1)	577 ± 0	90 ± 0	54 ± 0	(60)	36 ± 0

Unidade	0							
Pediatria Geral	1353 ± 114	1015 ± 177	(75)	337 ± 11	99 ± 4	68 ± 10	(68,7)	33 ± 8
Hematologia	1141 ± 348	409 ± 135	(35,8)	715 ± 227	80 ± 28	28 ± 10	(35)	50 ± 22

(b)

Unidade Pediátrica	Glícidos (g)			
	Fornecidos	Desperdiçados	(%)	Consumidos
Todos os doentes	155 ± 51	70 ± 49	(45,2)	85 ± 51
Gastroenterologia	77 ± 12	20 ± 4	(26)	56 ± 8
Doenças Infecciosas	155 ± 26	67 ± 49	(43,2)	88 ± 66
Pneumologia	206 ± 45	107 ± 49	(51,9)	100 ± 67
Nefrologia	153 ± 19	38 ± 27	(24,8)	114 ± 37
Neurologia	150 ± 0	67 ± 0	(44,7)	83 ± 0
Pediatria Geral	160 ± 22	126 ± 28	(78,8)	35 ± 17
Hematologia	134 ± 37	49 ± 18	(36,6)	81 ± 24

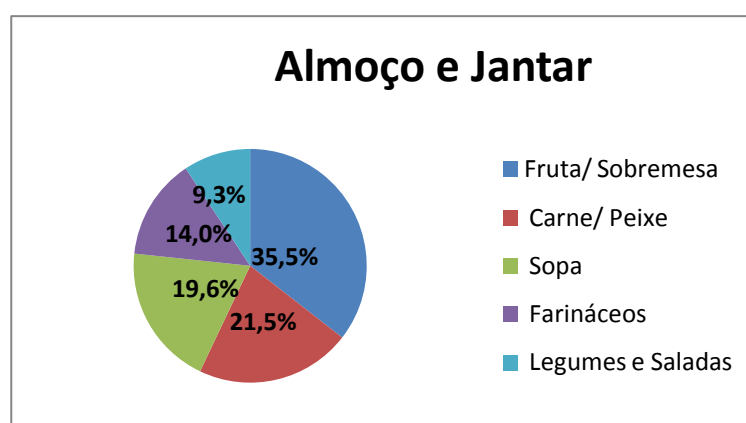


Gráfico 2: Consumo de Alimentos ao Almoço e Jantar

No total, as 3 refeições principais forneceram uma média de 1576 ± 530 kcal, 96 ± 46 g de proteínas e 199 ± 68 g de glícidos por dia, sendo que 40% dos alimentos fornecidos pela cozinha hospitalar foi desperdiçado. Deste modo, uma média de 987 ± 597 kcal, 61 ± 46 g de proteínas e 124 ± 71 g de glícidos foi consumido por dia, tal como se pode verificar pela Tabela 5 a e b. Verificou-se ainda que nas 3 refeições principais o desperdício alimentar foi bastante superior na Unidade de Pediatria Geral em comparação com as restantes Unidades Pediátricas.

Tabela 5: Valor Energético Total diário

(a)

Unidade Pediátrica	Energia (kcal)				Proteínas (g)			
	Forne- cida	Desper- diçada	(%)	Consu- mida	Forne- cidas	Desper- diçadas	(%)	Consu- midas
Toda a Pediatria	1576± 530	592 ± 454	(37,6)	987 ± 597	96 ± 46	37 ± 33	(38,5)	61 ± 46
Gastren- terologia	843 ±129	298 ± 19	(35,4)	545 ± 109	29 ± 19	7 ± 2	(24,1)	40 ± 1
Doenças Infeccio- sas	1691 ± 465	529 ± 460	(31,3)	1164 ± 871	107 ± 46	28 ± 27	(26,2)	78 ± 65
Pneumo- logia	1915 ± 298	934 ± 243	(48,8)	985 ± 416	116 ± 23	65 ± 25	(56)	51 ± 25
Nefrolo- gia	1619 ± 172	265 ± 224	(16,4)	1353 ± 279	109 ± 15	15 ± 15	(13,8)	94 ± 18
Neurolo- gia	1673 ± 0	628 ± 0	(37,6)	1045 ± 0	111 ± 0	54 ± 0	(48,6)	57 ± 0
Pediatria Geral	1401 ± 472	1066 ± 178	(75,9)	397 ± 161	100 ± 5	69 ± 10	(69)	34 ± 9
Hemato- logia	1415 ± 388	409 ± 135	(28,9)	989 ± 267	90 ± 29	28 ± 10	(31,1)	60 ± 23

(b)

Unidade Pediátrica	Glícidos (g)			
	Fornecidos	Desperdiçados	(%)	Consumidos
Todos os doentes	199 ± 68	74 ± 59	(37,2)	124 ± 71
Gastrenterologia	114 ± 12	43 ± 4	(37,7)	67 ± 8
Doenças Infecciosas	208 ± 44	72 ± 58	(34,6)	137 ± 91
Pneumologia	249 ± 57	111 ± 58	(44,6)	138 ± 78
Nefrologia	194 ± 22	38 ± 27	(19,6)	155 ± 40
Neurologia	221 ± 0	67 ± 0	(30,3)	154 ± 0
Pediatria Geral	182 ± 31	137 ± 28	(75,3)	47 ± 26
Hematologia	172 ± 44	49 ± 18	(28,5)	119 ± 31

Determinação das razões de uma ingestão alimentar inadequada

Verificou-se que 83,6% dos doentes consumiram toda a porção servida ao pequeno-almoço. Os doentes que não comeram toda a porção servida ao pequeno-almoço apresentaram como razões para uma ingestão insuficiente o facto de “Não tem fome”, “Não quer comer” ou “Apresentarem uma dificuldade alimentar”.

Em relação ao almoço e ao jantar, verificou-se que apenas 2,3% dos doentes consumiram toda a porção servida ao almoço e ao jantar. A razão mais frequente para uma ingestão alimentar insuficiente tanto ao almoço como ao jantar foi “Não gosta do

sabor”. As outras razões mais frequentes para não consumir toda a comida servida ao almoço e ao jantar foram “Não tem fome” e “Não quer comer”. Uma minoria apresentou como razões para uma ingestão insuficiente o facto de “Normalmente come menos”, “Tem náuseas ou vômitos”, “Está em jejum”, “Apresenta uma dificuldade alimentar” ou “Outra”. Nenhum dos doentes referiu como razões para um ingestão insuficiente “Refeições servidas muito cedo” ou “Pouca variedade dos alimentos”.

Avaliação do grau de satisfação da qualidade das refeições hospitalares

De entre os 14 doentes que responderam ao Inquérito de Satisfação da Qualidade das Refeições Hospitalares, numa apreciação global, 64% dos doentes estavam muito satisfeitos e 29% estavam satisfeitos com a qualidade das refeições (Gráfico 8). De facto, verificou-se uma maior prevalência de respostas no grau “Muito Satisfeito”, sendo que a segunda resposta mais prevalente foi no grau “Satisfeito”. Para além disso, é ainda importante referir que todos os doentes estavam muito satisfeitos ou satisfeitos com a simpatia do pessoal (Gráfico 7). No entanto, apesar da baixa prevalência de respostas no grau “Insatisfeito” ou “Muito Insatisfeito”, a maior prevalência de respostas nestes graus relacionam-se com as questões relativas à qualidade da sopa (Gráfico 3), apresentação da sopa (Gráfico 5) e variedade da sopa (Gráfico 7).

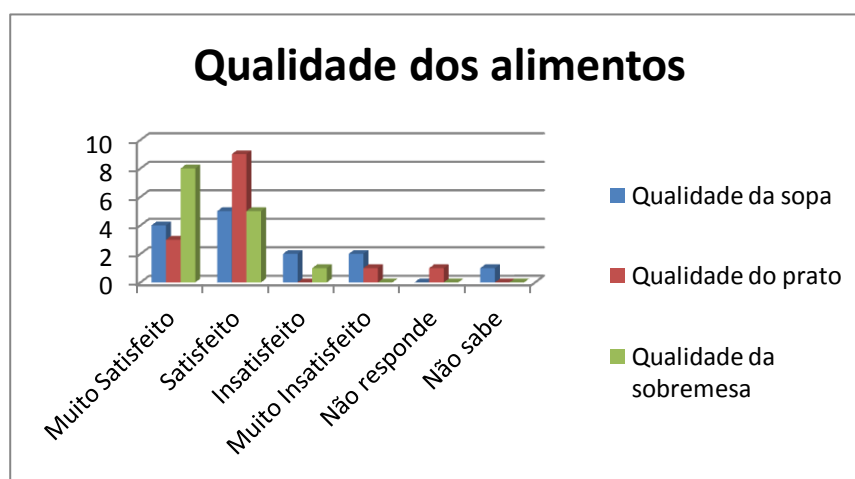


Gráfico 3: Qualidade dos alimentos

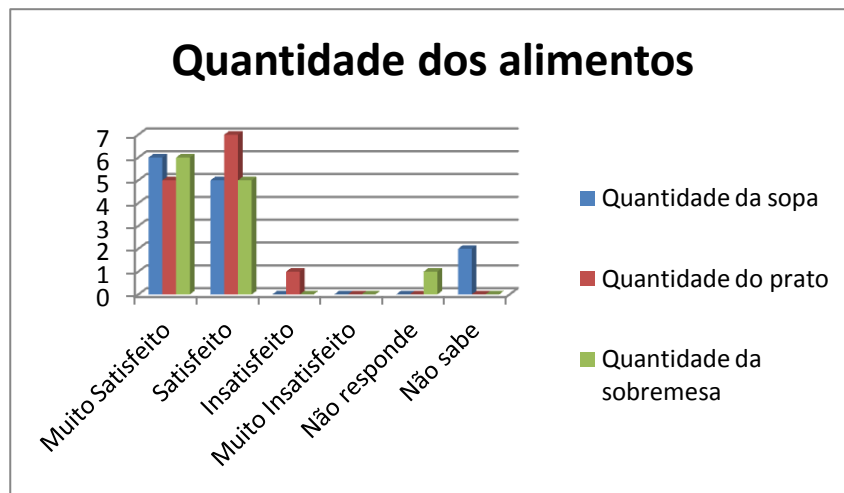


Gráfico 4: Quantidade dos alimentos

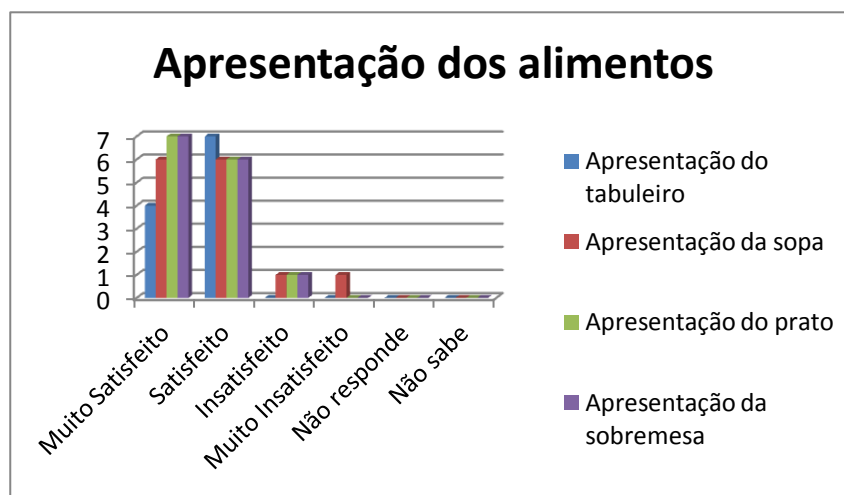


Gráfico 5: Apresentação dos alimentos

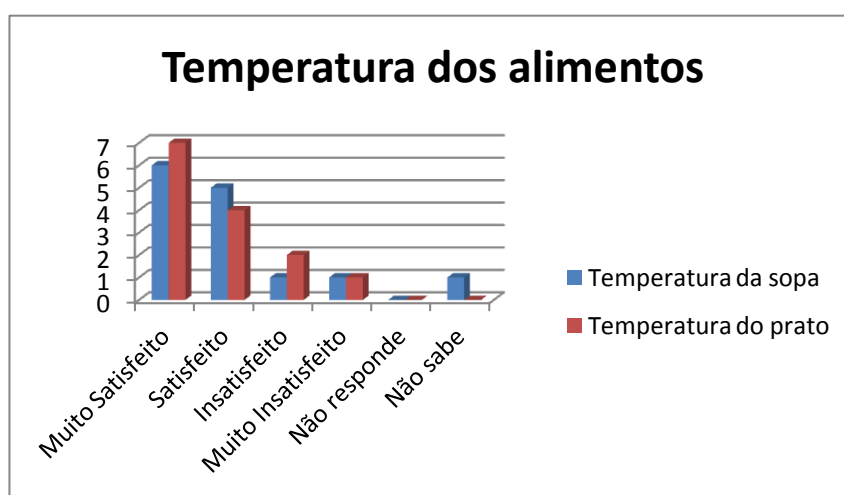


Gráfico 6: Temperatura dos alimentos

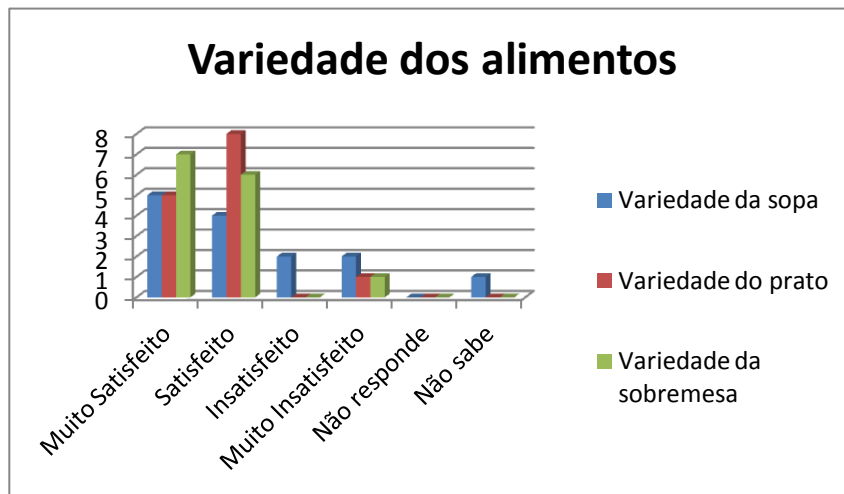


Gráfico 7: Variedade dos alimentos

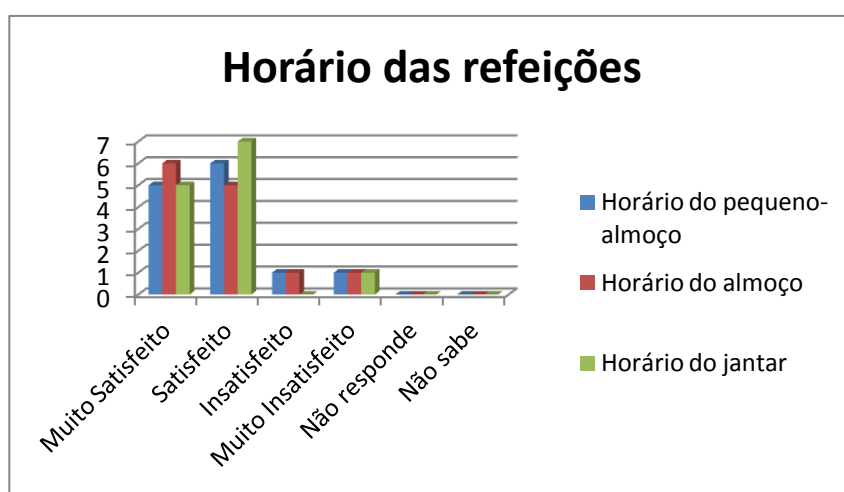


Gráfico 8: Horário das refeições

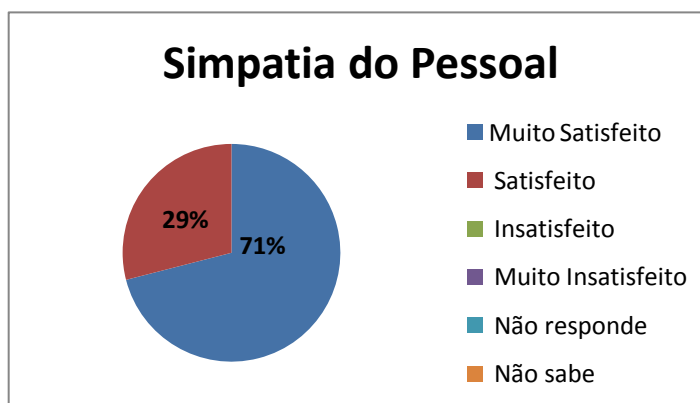


Gráfico 9: Simpatia do pessoal

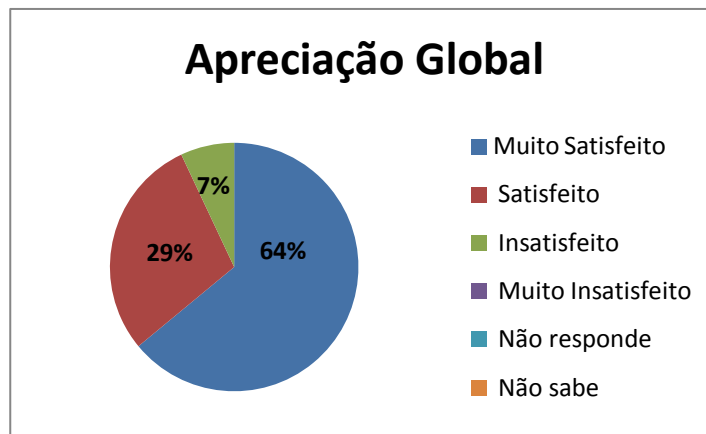


Gráfico 10: Apreciação global

Discussão

A diminuição da ingestão alimentar durante o internamento hospitalar, juntamente com o aumento das necessidades energéticas, é a principal causa de desnutrição hospitalar,⁸ a qual, em idade pediátrica pode ter consequências graves. (1)

Neste estudo, observou-se que 40% dos alimentos fornecidos pela cozinha hospitalar não foi consumido pelos doentes, resultado semelhante ao encontrado num estudo prospetivo de 2012. (16) De facto, verificou-se uma diminuição da ingestão no pequeno-almoço, no almoço e no jantar, quando comparado com a dieta prescrita, (tal como foi observado noutros estudos realizados em adultos internados (7) (14) (16)) o que justifica o elevado risco das crianças e jovens desenvolverem desnutrição quando são admitidos no hospital. No entanto, esta diminuição da ingestão foi mais evidente ao almoço e ao jantar, em que se observou uma maior percentagem de desperdício do valor energético total (energia, proteínas e glícidos), quando comparada com a ingestão ao pequeno-almoço.

Em relação às diferentes Unidade Pediátricas, apesar de na Unidade de Neurologia (n=1) não se ter verificado desperdício alimentar ao pequeno-almoço durante estes 3 dias de estudo, ao almoço e jantar esta foi uma das Unidades onde se observou mais desperdício alimentar. No entanto como havia apenas um doente internado nesta Unidade, não podemos obter conclusões significativas.

Observou-se que as razões para a diminuição da ingestão alimentar ao pequeno-almoço relacionaram-se com aspetos clínicos da doença e fatores dependentes do próprio individuo, uma vez que as razões apresentadas foram “Não tem fome”, “Não

quer comer” ou “Apresenta uma dificuldade alimentar”. No entanto, a diminuição da ingestão alimentar dos doentes pode estar relacionada com fatores associados à própria refeição hospitalar. Na verdade, a razão mais frequente apresentada pelos doentes para uma ingestão insuficiente tanto ao almoço como ao jantar foi “Não gosta do sabor” e tendo-se observado que ao almoço e ao jantar, o grupo de alimentos menos consumidos por esta população foram os legumes e saladas, podemos concluir que as crianças e jovens internados não gostam do sabor dos legumes e das saladas das refeições hospitalares. No entanto, estes doentes podem não gostar não só do sabor dos legumes e das saladas das refeições hospitalares, como também do sabor dos legumes e das saladas que lhes é fornecido em casa, ou o consumo de legumes e saladas pode não fazer parte dos hábitos em casa. De facto, segundo o Instituto Nacional de Estatística de Portugal, entre 2003 e 2008, a população portuguesa apresentou uma dieta alimentar desequilibrada com uma alimentação deficiente em frutos e produtos hortícolas. (21) Num estudo realizado em crianças europeias em idade escolar, determinou-se a ingestão de frutos e produtos hortícolas, tendo-se concluído que este consumo é de 264g/ dia, o que fica muito aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (≥ 400 g). (22) Para além disso, os resultados mostraram que o consumo de produtos hortícolas foi no geral inferior ao consumo de frutos. Contudo, o consumo de frutos e produtos hortícolas foi muito variado nos 9 países Europeus participantes, sendo que um dos consumos mais elevados foi encontrado em Portugal, com uma média de 169g/dia de produtos hortícolas e 211g/dia de frutos.

Deste modo é importante haver uma educação alimentar continuada por parte dos pais, educadores e dietistas para tentar aumentar o consumo de legumes e saladas das crianças e jovens. Apesar de a sopa ser o 3º grupo de alimentos mais consumido, os resultados obtidos no inquérito de satisfação da qualidade das refeições hospitalares, mostrou que os doentes não estavam satisfeitos com a sopa fornecida, uma vez que se observou uma baixa prevalência de respostas no grau “Insatisfeito” ou “Muito Insatisfeito” no inquérito de satisfação da qualidade das refeições hospitalares, mas uma maior prevalência de respostas nestes graus em questões relativas à qualidade da sopa, apresentação da sopa e variedade da sopa.

É essencial uma ingestão alimentar efetiva adequada, de modo a suprir as necessidades metabólicas e clínicas dos doentes e reduzir o risco de desnutrição hospitalar, sendo necessário avaliações regulares da ingestão alimentar real nas

crianças e jovens internados. Deste modo, é ainda fundamental aplicar medidas que tenham como objetivo melhorar o aporte nutricional em crianças e jovens internados, tal como suplementar o aporte proteico da carne/ peixe na sopa (tal como já é efetuado nas sopas de alguns doentes), prescrever suplementos nutricionais orais e alterar a qualidade da sopa e dos legumes e saladas fornecidos pela cozinha hospitalar.

Limitações do estudo

Existem estudos com metodologias semelhantes à desta investigação, contudo são todos realizados em adultos internados com diversas patologias e demonstraram que a ingestão alimentar real é inferior ao recomendado, sendo escassos os estudos sobre a avaliação da ingestão alimentar em crianças internadas. Deste modo, este estudo tornou-se pioneiro, uma vez que apesar de já ter sido realizado em outras instituições e com objetivos semelhantes, esta foi a primeira vez que foi desenvolvido em idades pediátricas, e deste modo como limitação, não é possível comparar os resultados deste estudo com outros desenvolvidos em crianças e jovens internados.

Ao permitir a inclusão de todas as crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, este estudo assegurou resultados representativos e proporcionou uma visão global ao incluir doentes com diferentes patologias e a receber diferentes dietas. No entanto, como segunda limitação, o estudo exigiu uma pré-notificação a todos os envolvidos, a qual poderá ter influenciado o comportamento dos doentes e dos profissionais de saúde.

Faltando valores em diversas categorias, nomeadamente nas quantidades de carne e peixe fornecidos pela cozinha hospitalar ao almoço e/ou jantar durante a realização deste estudo, podemos ter apenas uma estimativa da quantidade de comida fornecida pela cozinha hospitalar e do valor energético total das principais refeições diárias consumidas pelos doentes, sendo mais uma limitação deste estudo.

Por último, apesar deste estudo ter sido realizado, simultaneamente, em todas as Unidades Pediátricas do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria durante um período de três dias consecutivos, a amostra obtida foi muito pequena (n=22).

Conclusão

Este estudo permitiu concluir que as crianças e jovens internados têm uma ingestão alimentar inferior ao prescrito, sendo que uma elevada percentagem de alimentos fornecidos pela cozinha hospitalar são desperdiçados (40%). Para além disso, as razões para a diminuição da ingestão alimentar relacionaram-se não só com aspetos clínicos da doença, tal como o facto de o doente não ter fome, não querer comer ou apresentar uma dificuldade alimentar, mas também com fatores associados à própria refeição hospitalar, tal como não gostar do sabor.

Referências Bibliográficas

1. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon a S, Colomb V, Brusset MC, Mosser F, Berrier F, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. The American journal of clinical nutrition [Internet]. 2000 Jul;72(1):64–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10871562>
2. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KFM. Dutch national survey to test the STRONGkids nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Mar [cited 2012 Oct 30];29(1):106–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19682776>
3. Akner G, Cederholm T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. The American journal of clinical nutrition [Internet]. 2001 Jul;74(1):6–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11451713>
4. Pirlich M, Schütz T, Norman K, Gastell S, Lübke HJ, Bischoff SC, et al. The German hospital malnutrition study. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) [Internet]. 2006 Aug [cited 2013 Jun 21];25(4):563–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16698132>
5. Isabel T. D. Correia M. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clinical Nutrition [Internet]. 2003 Jun [cited 2013 Jun 20];22(3):235–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561402002157>

6. Kondrup J. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2002 Dec [cited 2013 Jun 4];21(6):461–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561402905856>
7. Dupertuis Y. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2003 Apr [cited 2013 Jun 22];22(2):115–23. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561402906230>
8. Thibault R, Chikhi M, Clerc A, Darmon P, Chopard P, Genton L, et al. Assessment of food intake in hospitalised patients: a 10-year comparative study of a prospective hospital survey. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland) [Internet]. Elsevier Ltd; 2011 Jun [cited 2013 Jun 1];30(3):289–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21067850>
9. NHSE Hospitality. Managing food waste in the NHS. Department of Health. 2005
10. Hartwell HJ, Edwards JSA, Beavis J. Plate versus bulk trolley food service in a hospital: comparison of patients' satisfaction. *Nutrition* [Internet]. 2007 Mar [cited 2013 Jul 29];23(3):211–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17303385>
11. Allison S. Hospital food as treatment. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2003 Apr [cited 2013 Jul 29];22(2):113–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261561402906412>
12. Barbio D, Jorge A, Pereira M, Gomes C, Santos C, J F. Ingestão alimentar efetiva do almoço e jantar em doentes internados num hospital central. *APNEP* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 29];IV(1):25–9. Available from: <http://revista.apnep.pt/index.php/accordion-a/artigos/ingestao-alimentar-efetiva-do-almoco-e-jantar-em-doentes-internados-num-hospital-central>
13. Tavares MM, Matos L, Amaral TF. Insufficient voluntary intake of nutrients and energy in hospitalized patients. *Nutrición hospitalaria* [Internet]. 2007 [cited 2013 Jul 29];22(5):584–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17970543>

14. Hiesmayr M, Schindler K, Pernicka E, Schuh C, Schoeniger-Hekele A, Bauer P, et al. Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: the NutritionDay survey 2006. *Clinical nutrition* [Internet]. 2009 Oct [cited 2013 Jun 22];28(5):484–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19573957>
15. Barton A, Beigg C, Macdonald I, Allison S. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clinical Nutrition* [Internet]. 2000 Dec [cited 2013 Jun 2];19(6):445–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104596>
16. Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Roosemalen MM, Weijs PJM, Langius J A. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutrition in clinical practice*: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Jul 29];27(2):274–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22378801>
17. Cleto T, Vieira L, Trigo M, Alonso RR, Helena R, Ribeiro C, et al. Avaliação do Consumo Alimentar de Crianças de 0 a 24 Meses com Cardiopatia Congênita. *Arq Bras Cardiol*. 2007;89(4):219–24.
18. World Health Organization. WHO |Child growth standards: BMI-for-age [Internet]. World Health Organization; [cited 2013 Jul 29]. Available from: http://www.who.int/childgrowth/standards/bmi_for_age/en/index.html
19. National Center for Health Statistics, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. CDC Growth Charts: United States. 2000
20. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Tabela de Composição de Alimentos. 2010.
21. Instituto Nacional de Estatística de Portugal. Balança Alimentar Portuguesa 2003-2008. 2010;1–12.
22. Yngve A, Wolf A, Poortvliet E, Elmadfa I, Brug J, Ehrenblad B, et al. Fruit and vegetable intake in a sample of 11-year-old children in 9 European countries: The Pro Children Cross-sectional Survey. *Annals of nutrition & metabolism*

[Internet]. 2005 [cited 2013 Jul 29];49(4):236–45. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16088087>

Anexo 1

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

Nome(Iniciais)_____ Data estudo:_____

Serviço internamento:_____ Data internamento:_____

Data de Nascimento:_____ Idade:_____ Género:_____

Altura:_____ Peso atual:_____ IMC:_____

Diagnósticos:_____

Motivo de internamento:_____

Risco Nutricional:_____

Registo Diário

Dia 1

Alimentos Fornecidos	Alimentos Desperdiçados
Pequeno-almoço: _____ (Hora)	Pequeno-almoço: _____ (Hora)
Leite <input type="checkbox"/> _____	Leite <input type="checkbox"/> _____
Iogurte <input type="checkbox"/> _____	Iogurte <input type="checkbox"/> _____
Chá <input type="checkbox"/> _____	Chá <input type="checkbox"/> _____
Pão <input type="checkbox"/> _____	Pão <input type="checkbox"/> _____
Doce/ marmelada/ manteiga/ queijo/ fiambre <input type="checkbox"/> _____	Doce/ marmelada/ manteiga/ queijo/ fiambre <input type="checkbox"/> _____
Papa <input type="checkbox"/> _____	Papa <input type="checkbox"/> _____
Cereais <input type="checkbox"/> _____	Cereais <input type="checkbox"/> _____
Outros <input type="checkbox"/> _____	Outros <input type="checkbox"/> _____
Almoço: _____ (Hora)	Almoço: _____ (Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Jantar: _____(Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Jantar: _____(Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Não comeu toda a refeição, porque (Por favor responda apenas se não comeu toda a porção servida):

	Não tem fome	Normal mente come menos	Não gosta do sabor	Não quer comer	Tem náuseas ou vômitos	Refeições servidas muito cedo	Pouca variedade dos alimentos	Dificul dade Alimen tar	Está em jejum
Pequeno -Almoço									
Almoço									
Jantar									

Outra. ☐ Qual? _____

Dia 2

Alimentos Fornecidos	Alimentos Desperdiçados
Pequeno-almoço: _____ (Hora)	Pequeno-almoço: _____ (Hora)
Leite <input type="checkbox"/> _____	Leite <input type="checkbox"/> _____
Iogurte <input type="checkbox"/> _____	Iogurte <input type="checkbox"/> _____
Chá <input type="checkbox"/> _____	Chá <input type="checkbox"/> _____
Pão <input type="checkbox"/> _____	Pão <input type="checkbox"/> _____
Doce/ marmelada/ manteiga/ queijo/ fiambre <input type="checkbox"/> _____	Doce/ marmelada/ manteiga/ queijo/ fiambre <input type="checkbox"/> _____
Papa <input type="checkbox"/> _____	Papa <input type="checkbox"/> _____
Cereais <input type="checkbox"/> _____	Cereais <input type="checkbox"/> _____
Outros <input type="checkbox"/> _____	Outros <input type="checkbox"/> _____
Almoço: _____ (Hora)	Almoço: _____ (Hora)
Sopa <input type="checkbox"/> _____	Sopa <input type="checkbox"/> _____
Proteínas <input type="checkbox"/> _____	Proteínas <input type="checkbox"/> _____
Farináceos <input type="checkbox"/> _____	Farináceos <input type="checkbox"/> _____
Legumes e Saladas <input type="checkbox"/> _____	Legumes e Saladas <input type="checkbox"/> _____
Fruta/ sobremesa <input type="checkbox"/> _____	Fruta/ sobremesa <input type="checkbox"/> _____
Bebida <input type="checkbox"/> _____	Bebida <input type="checkbox"/> _____
Outro <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> _____
Jantar: _____ (Hora)	Jantar: _____ (Hora)
Sopa <input type="checkbox"/> _____	Sopa <input type="checkbox"/> _____
Proteínas <input type="checkbox"/> _____	Proteínas <input type="checkbox"/> _____
Farináceos <input type="checkbox"/> _____	Farináceos <input type="checkbox"/> _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Não comeu toda a refeição, porque (Por favor responda apenas se não comeu toda a porção servida):

	Não tem fome	Normal mente come menos	Não gosta do sabor	Não quer comer	Tem náuseas ou vômitos	Refeições servidas muito cedo	Pouca variedade dos alimentos	Dificuldade Alimentar	Está em jejum
Pequeno-Almoço									
Almoço									
Jantar									

Outra. ☐

Qual? _____

Dia 3

Alimentos Fornecidos	Alimentos Desperdiçados
Pequeno-almoço: _____ (Hora)	Pequeno-almoço: _____ (Hora)
Leite <input type="checkbox"/> _____	Leite <input type="checkbox"/> _____
Iogurte <input type="checkbox"/> _____	Iogurte <input type="checkbox"/> _____
Chá <input type="checkbox"/> _____	Chá <input type="checkbox"/> _____
Pão <input type="checkbox"/> _____	Pão <input type="checkbox"/> _____
Doce/ marmelada/ manteiga/ queijo/ fiambre <input type="checkbox"/> _____	Doce/ marmelada/ manteiga/ queijo/ fiambre <input type="checkbox"/> _____

Papa ☐ _____

Cereais ☐ _____

Outros ☐ _____

Almoço: _____ (Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Jantar: _____ (Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Papa ☐ _____

Cereais ☐ _____

Outros ☐ _____

Almoço: _____ (Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Jantar: _____ (Hora)

Sopa ☐ _____

Proteínas ☐ _____

Farináceos ☐ _____

Legumes e Saladas ☐ _____

Fruta/ sobremesa ☐ _____

Bebida ☐ _____

Outro ☐ _____

Não comeu toda a refeição, porque (Por favor responda apenas se não comeu toda a porção servida):

	Não tem fome	Normalmente come menos	Não gosta do sabor	Não quer comer	Tem náuseas ou vômitos	Refeições servidas muito cedo	Pouca variedade dos alimentos	Dificuldade Alimentar	Está em jejum
Pequeno-Almoço									

Almoço									
Jantar									

Outra. ☐ Qual? _____

Anexo 2

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA

 Hospital
Pulido Valente

INQUÉRITO DE SATISFAÇÃO DA QUALIDADE DAS REFEIÇÕES HOSPITALARES

Com o objetivo de avaliar a qualidade das refeições hospitalares das crianças e jovens internadas no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, será entregue o presente questionário.

Este questionário foi realizado no âmbito do estudo sobre “Avaliação da ingestão alimentar das crianças e jovens internadas no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria”.

A qualidade do serviço prestado é muito importante, assim como o seu contributo no preenchimento deste questionário.

A sua participação é voluntária e sem custos associados, estando igualmente livre de desistir a qualquer momento, sem que por isso seja alterado o seu plano de tratamento.

É extremamente importante que o seu anonimato seja assegurado a todos os níveis deste estudo, e apenas os profissionais de saúde terão acesso à informação onde conste o seu nome.

Por favor, preencha este questionário exprimindo o seu grau de satisfação relativamente às refeições servidas neste hospital.

Instruções de preenchimento

De acordo com o seu grau de satisfação, por favor assinale com uma cruz no quadrado correspondente.

Dados Pessoais

Nome (Iniciais): _____ Data: _____

Serviço internamento: _____

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Dados do Internamento

Tempo de internamento ☐ 1-3 dias ☐ 4-6 dias ☐ >7 dias

Dados da alimentação

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não responde	Não sabe
1. Qualidade dos alimentos						
Sopa						
Prato						
Sobremesa						
2. Quantidade dos alimentos						
Sopa						
Prato						
Sobremesa						
3. Apresentação do tabuleiro						
4. Apresentação dos alimentos:						
Sopa						

Prato						
Sobremesa						
5. Temperatura dos alimentos						
Sopa						
Prato						
6. Variedade dos alimentos						
Sopa						
Prato						
Sobremesa						
7. Horário das refeições						
Pequeno-almoço						
Almoço						
Jantar						
8. Simpatia do pessoal						
9. Apreciação global						

Sugestões/ Observações:

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo 3

Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

“Avaliação da ingestão alimentar das crianças e jovens internados no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria”

Gostaríamos de convidá-lo para participar neste estudo que será realizado no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria, durante um período de 3 dias.

Este estudo será realizado no âmbito do Mestrado em Nutrição Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Ana Isabel Lopes e da Dra Patrícia Almeida Nunes.

O objetivo deste estudo será de avaliar em contexto de hospitalização, a ingestão alimentar das crianças e jovens internadas no Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (Diretora: Prof. Doutora M^a do Céu Machado).

Fazem parte das atividades a desenvolver o registo das informações do consumo alimentar de cada criança e jovens, durante o internamento nas Unidades já mencionadas, ao longo de 1 a 3 dias consecutivos, consoante a duração do internamento, bem como a avaliação do grau de satisfação da qualidade das refeições e quais os fatores potencialmente interferentes numa ingestão alimentar inadequada de cada doente.

A sua participação é voluntária e sem custos associados, estando igualmente livre de desistir a qualquer momento, sem que por isso seja alterado o seu plano de tratamento.

É extremamente importante que o seu anonimato seja assegurado a todos os níveis deste estudo, e apenas os profissionais de saúde terão acesso à informação onde conste o seu nome.

Agradecemos a sua colaboração,

Filipa Silva

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(É recomendável a partir dos 7 anos e obrigatório a partir dos 14 anos o próprio também assinar em cima, se consentir)

NOME:

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA